

# regards

PROTECTION SOCIALE

DOSSIER

## DE L'ACCÈS AUX SOINS À L'ACCÈS AUX SERVICES

Regard  
d'un grand témoin,

**Martin Hirsch**



ECOLE DES DIRIGEANTS  
DE LA PROTECTION SOCIALE

# regards

PROTECTION SOCIALE

N° 53 - Juillet 2018

**DE L'ACCÈS AUX SOINS  
À L'ACCÈS AUX SERVICES**

**Revue bi-annuelle publiée  
par l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale**

27 rue des Docteurs Charcot  
CS 13132  
42031 Saint-Étienne cedex 2  
Tél : +33(0)4 77 81 15 15  
[www.en3s.fr](http://www.en3s.fr)

**Directeur de la publication :**

Dominique Libault  
Directeur général de l'EN3S

ISSN 2552-0040 (en ligne)

ISSN 0988-6982 (imprimé)

# Comité de rédaction

## Président

**Dominique LIBAULT** Directeur de l'EN3S  
Vice-Président du Haut Conseil du financement de la protection sociale

## Membres (par ordre alphabétique)

**Pierre ALBERTINI** Directeur de la CPAM de Paris

**Gilles ARZEL** Directeur de la CPAM de Béarn, Soule et Bayonne

**Jean-François CHADELAT** Inspecteur général des affaires sociales, Directeur honoraire du fonds de financement CMU

**Alain CHAILLAND** Conseiller référendaire à la Cour des comptes

**Julien DAMON** Professeur associé à Sciences-Po, Conseiller scientifique de l'EN3S

**Marion DELSOL** Directrice du laboratoire IODE (UMR CNRS 6262)

**Benjamin FERRAS** Inspecteur des affaires sociales, ancien conseiller cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la santé

**Philippe GEORGES** Inspecteur général des affaires sociales honoraire

**Jean-Louis HAURIE** Directeur de la CAF de Paris

**Gilles HUTEAU** Professeur en Protection sociale à l'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP)

**Albert LAUTMAN-VIDAL** Directeur général de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

**Gautier MAIGNE** Chef du département Société, institutions et politiques sociales, France stratégie

**Jérôme MINONZIO** Rédacteur en chef de la revue Informations sociales, CNAF

**Dominique POLTON** Présidente de l'Institut national des données de santé, Conseillère scientifique de l'EN3S

**Xavier PRÉTOT** Conseiller à la Cour de cassation, ancien Professeur associé à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)

**Vincent RAVOUX** Directeur du réseau des CAF, CNAF

**Diane ROMAN** Professeure de droit public à l'université François Rabelais (Tours), membre de l'institut universitaire de France



*Les opinions exprimées et les arguments employés dans les articles sont la responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux de leur employeur ou de l'EN3S, éditeur de la revue.*

PAGE 5 | **Sommaire**

PAGE 9 | **Édito**  
Par Dominique LIBAULT, *Directeur de l'EN3S*

PAGE 11 | **Grand témoin**  
**Martin Hirsch**, *Directeur général de l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris*

# 1 DOSSIER CENTRAL : ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX SERVICES

PAGE 21 | **PARTIE A : LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS**

PAGE 23 | **Accès aux soins : éléments de cadrage**  
Par Laurent CHAMBAUD, *Directeur de l'EHESP*

PAGE 29 | **Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire**  
Par **Hélène REVIL**, *Chercheure au Laboratoire PACTE/CNRS, Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), programme de recherche Life Trajectories de l'Initiative d'Excellence (IDEX) de l'Université Grenoble-Alpes (UGA)*

PAGE 43 | **Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité**  
Par **Marianne CORNU-PAUCHET**, *Directrice du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C)*

- PAGE 57 | **PARTIE B : ACCÈS AUX SOINS : QUELLE ARTICULATION ENTRE POLITIQUES NATIONALES ET LOCALES**
- PAGE 59 | **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, CNAM*
- PAGE 69 | **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*
- PAGE 81 | **Le rôle du CETAF dans l'accompagnement dans l'accès aux soins par les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie**  
Par Norbert DEVILLE et Catherine SASS, *respectivement Directeur général et Coordinateur de projets du Centre Technique d'Appui et de Formations des Centres d'Examens de santé (CETAF)*
- PAGE 91 | **L'évaluation de l'impact d'expérimentations en matière d'accès et de recours aux soins des jeunes dans le cadre du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse**  
Par Axelle CHARPENTIER, *Cheffe de projet recherche, Département d'économie, Sciences Po Paris*  
Laëtitia DREAN, *Chargée d'évaluation, Ministère des Affaires étrangères*  
Norbert RUGAMBAGE, *Chef de projet, Département d'économie, Sciences Po Paris*
- PAGE 105 | **PARTIE C : L'INÉGALE RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS**
- PAGE 107 | **Les déserts médicaux**  
Par Matthieu FRÉLAUT, *Directeur de la CPAM de l'Orne*
- PAGE 117 | **PARTIE D : ÉLARGIR LE PÉRIMÈTRE D'APPRÉCIATION : AU-DELÀ DE L'ACCÈS AUX SOINS, L'ACCÈS AUX SERVICES**
- PAGE 119 | **Accès au droit, accès aux soins, accès aux services : analyse comparée de la branche famille et des autres secteurs de la protection sociale**  
Par Daniel LENOIR, *Inspecteur général des affaires sociales*

# 2 INNOVATIONS ET TRANSFORMATIONS MANAGÉRIALES

- PAGE 129 | **La Transformation Managériale à la CPAM des Yvelines**  
Par Patrick NEGARET, *Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Yvelines*
- PAGE 139 | **INOVALI, une expérience d'Innovation Participative à l'URSSAF Midi-Pyrénées**  
Par Jean DOKHELAR, *Directeur régional de l'URSSAF Midi-Pyrénées*  
Et Rémi GRAU, *Sponsor de la démarche régionale d'innovation participative, Directeur du site du Tarn de l'URSSAF Midi-Pyrénées, pilote de la maîtrise des risques*
- PAGE 153 | **Quels repères pour le manager dans la jungle numérique ?**  
Par Xavier CARPONCIN, *Sous-directeur des fonctions supports et de l'innovation à la CAF de la Haute-Garonne*

# 3 BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE

- PAGE 165 | **Bibliographie**
- PAGE 167 | **Notes de lecture** : Par Julien DAMON, *Professeur associé à Sciences Po (Paris) et Conseiller scientifique de l'EN3S*
- PAGE 172 | **Note de lecture** : Par Gilles HUTEAU, *Professeur en protection sociale à l'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP)*



# Édito

Par Dominique LIBAULT

Si elle est récurrente et toujours aussi cruciale pour le jugement que l'on peut porter sur la qualité de nos systèmes sociaux, la problématique de l'accès aux droits et aux soins change sans doute un peu de nature.

En premier lieu le numérique apparaît tout à la fois comme un formidable levier facilitateur, tant dans la possibilité de guichet unique virtuel (portail des droits sociaux) que comme un outil de circulation des données autorisant dans un futur proche une quasi « automatisation » de reconnaissance des droits.

Mais, on le sait, le numérique peut aussi créer de nouvelles barrières, supprimer des contacts humains, exclure ceux qui - temporairement ou définitivement - ne sont pas à l'aise où n'ont pas la disponibilité, tout simplement, de ces outils.

En deuxième lieu, face à l'évolution des risques sociaux et sanitaires, qui concernent de plus en plus des parcours de vie, la notion d'accompagnement devient cruciale. Le rôle du service public, et notamment des caisses, est amené à évoluer fortement. Cette mutation ne sera pas possible sans un travail en profondeur sur les ressources humaines des caisses, par le biais notamment de la formation.

Enfin la notion de disponibilité de l'offre devient cruciale. Il ne suffit pas d'avoir des droits monétaires, il ne suffit même pas que l'offre de soins existe à proximité, encore faut-il qu'elle soit disponible, notamment pour tout ce qui relève des soins non programmés, qui ne sont pas tous nécessairement des « urgences ».

Retrouver une réelle disponibilité de l'offre de soins sur tout le territoire devient prioritaire et passe sans doute par des politiques beaucoup plus affirmées d'encouragement au développement d'une offre non programmée en ville, à l'instar de ce qui commence avec les Maisons de santé pluridisciplinaires.

Organiser l'offre de soins et réaliser l'accès aux droits deviennent de plus en plus les deux faces d'une même politique, cette organisation de l'offre de soins sur un territoire étant aussi potentiellement pourvoyeuse de gains d'efficience pour le système.

Donc, d'une certaine façon, le diagnostic et les solutions à mettre en place pour notre système de santé et de protection sociale sont relativement aisés à concevoir.

Et pour autant les avancées sont timides et pas à la hauteur des enjeux. Essentiellement parce que les organisations ne sont pas au rendez-vous. Notre système trop en silos n'est pas fait pour porter et mettre en œuvre cette exigence de décloisonnement, de transversalité.

Abattre les murs, telle devient la priorité.



## Grand témoin



**Martin Hirsch,**  
Directeur général de l'AP-HP

*Ancien président d'Emmaüs France de 2002 à 2007, Martin Hirsch intègre le gouvernement de François Fillon en qualité de haut-commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté et à la Jeunesse entre 2007 à 2010.*

*Il est notamment à l'origine de la mise en place du RSA.*

*Il est directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris depuis 2013.*

### M. LIBAULT

Vous êtes directeur de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui représente peu ou prou 10 % de la capacité hospitalière française. Votre attachement à l'accès aux droits et à l'accès des plus démunis aux soins est bien connu. Vous l'avez manifesté dans les diverses fonctions que vous avez exercées aussi bien dans le cadre de votre vie professionnelle que de votre vie publique.

Preuve supplémentaire de cet attachement : vous avez choisi de faire figurer à la fin de votre récent livre *L'hôpital à cœur ouvert* le « manifeste des valeurs de l'AP-HP », texte de référence par lequel les professionnels s'engagent notamment à « garantir un libre et égal accès aux soins, dans les meilleurs délais, sans condition de ressources, sans discrimination ».

Première question : quel est votre diagnostic sur la situation en matière d'accès aux droits ? Le sujet a retenu l'attention des pouvoirs publics et a suscité plusieurs réformes. On peut cependant avoir l'impression que les problèmes d'accès aux droits et aux soins persistent tout en changeant de nature.

### M. HIRSCH

Je considère que les pouvoirs publics ont toujours eu une attitude schizo-phrénique et paradoxale à cet égard et qu'ils ont parfois manqué de clarté pour expliquer les raisons des obstacles à l'accès aux droits. Ces obstacles peuvent en effet être financiers, juridiques, sociologiques, techniques ou administratifs.

Lorsque j'évoque la schizophrénie, je fais allusion à la prise en compte tardive de la problématique de l'accès aux droits, qui n'a émergé qu'au cours des 10 à 15 dernières années. Cette irruption tardive est du reste facile à comprendre puisque la période comprise entre l'après-guerre et le début du XXI<sup>e</sup> siècle a été marquée par une politique d'extension progressive des droits, si bien que la question de l'effectivité des droits existants était passée sous silence. Ceci est particulièrement net pour ce qui

concerne l'assurance maladie, qui a connu son acmé au début des années 2000 avec la mise en place de la CMU. On peut dire la même chose des minima sociaux, avec la multiplication des divers dispositifs « catégorisés ». C'est donc seulement depuis une quinzaine d'années qu'il est admis que des droits reconnus ne sont pas nécessairement effectifs.

Lorsque je parle d'une « approche schizophrénique et paradoxale », je pense à certaines réformes présentées comme emblématiques mais qui n'étaient pas entièrement financées, de sorte que le non-recours constituait en pratique un moyen de régulation budgétaire. Je l'ai constaté lors de la transformation du RMI en RSA. Nous l'avons encore vu récemment lors de l'institution de la prime d'activité. Un certain pourcentage de non-recours est parfaitement intégré et les pouvoirs publics sont les premiers déstabilisés lorsque ce taux diminue.

Autre paradoxe : les dépenses sociales sont élevées dans notre pays mais leur rendement n'est pas très important. Il suffit de considérer le taux de pauvreté ou le taux d'emploi pour s'en convaincre. Il est toujours difficile de trancher entre l'excès et le défaut de recours. C'est tout le débat sur l'assistanat. En bref, convient-il que les dépenses correspondant à une prestation instaurée pour résoudre un problème augmentent ou doivent-elles au contraire être limitées par un accès réduit aux droits ?

### M. LIBAULT

Le recours excessif n'exclut pas le recours insuffisant. On le voit dans le domaine des soins.

### M. HIRSCH

Certes, mais je me plaçais d'un point de vue plus général que le simple accès aux soins.

Il me semble que la problématique de l'accès aux droits est singulièrement marquée dans notre pays parce que le raisonnement est trop souvent mené pour un droit donné et pour une prestation donnée, indépendamment de toute vision globale et transversale. J'estime qu'il est impossible de traiter complètement le problème sans prendre en compte l'existence de plusieurs guichets, de plusieurs financeurs, etc. Outre que cette complexité représente un frein direct dans l'accès aux droits, elle brouille la vision des pouvoirs publics, ce qui peut créer le mésusage avant même le mauvais usage par les individus.

En tout cas, ce problème résulte de la volonté typiquement française de créer une prestation pour corriger une situation face à laquelle les pouvoirs publics sont impuissants. En témoigne

l'exemple de l'instauration de l'aide personnalisée au logement (APL) pour résoudre la question de l'accès au logement. L'APL a littéralement fait exploser le montant des aides au logement sans que le taux d'effort des ménages soit pour autant réduit. On ne peut donc que conclure au mauvais fonctionnement du système. Par conséquent, le recours aux aides au logement n'est pas encouragé et la situation réelle des personnes n'est pas prise en compte, puisque l'aide est attribuée sur la base des revenus de l'année N-2. En effet, toute modification de cette règle se traduirait par une augmentation subite du recours aux aides au logement, ce qui ne correspond pas au but recherché.

C'est ainsi que la propension politique et administrative à répondre à un problème par la création d'une prestation provoque l'apparition d'un paysage dont la simplification – nécessaire pour favoriser le recours – pose des problèmes insolubles. Cet élément l'emporte sur tous les autres sujets, quelle que soit la nature de ces derniers.

S'agissant du sur-recours et du sous-recours simultanés, le problème existe probablement, mais il est malaisé de le documenter. Je me souviens d'avoir essayé, il y a presque dix ans, d'encourager des équipes de recherche à mesurer l'effet du tiers payant intégral sur la population des jeunes adultes, dont l'accès aux soins était notoirement mauvais. Malheureusement, l'appel à projets correspondant a échoué, car nous ne sommes pas parvenus à trouver une équipe intéressée par le sujet. Lorsqu'il a été question de mettre en place le tiers payant quelques années plus tard, la situation n'était pas plus claire faute de données objectives sur les effets de la mesure. De façon générale, nous ne nous donnons pas les moyens de quantifier et de caractériser le sous-recours et le sur-recours.

### M. LIBAULT

Votre premier constat me conduit à aborder deux points. Il y a en premier lieu la faiblesse de l'université et de la recherche sur les sujets liés à la protection sociale. J'essaie du reste d'animer un dialogue avec les universitaires, qui sont bien conscients du fait que la protection sociale est peu valorisée et que rares sont les laboratoires prêts à s'emparer du sujet. Comment redynamiser cette recherche ? Les organismes publics sont confrontés à la baisse des crédits, qui touche en premier lieu les départements d'étude.

Vous mettez en cause l'appréhension par le monde politique en soulignant que les réponses ponctuelles qui sont apportées à des problèmes ponctuels contribuent parfois à aggraver les difficultés. Ceci signifie-t-il qu'il faudrait s'emparer des sujets d'une autre manière ? Je m'interroge par exemple sur le récent choix de la contemporanéisation des ressources pour l'octroi de l'APL à partir de 2019 qui pose un problème puisque l'attribution des autres allocations ne sera pas effectuée selon les mêmes règles.

### M. HIRSCH

Avant d'aborder ce point, je souhaite revenir sur un deuxième facteur transversal d'explication du problème d'accès aux droits, qui découle de celui que j'ai développé précédemment.

Nombre de droits et de prestations sont définis plus sur la base de critères juridiques qu'à partir de leur finalité. Les pouvoirs publics redoutent toujours qu'une prestation soit attribuée à celui qui n'en a pas besoin. Pour éviter cet inconvénient, des critères d'inclusion et d'exclusion sont définis et des moyens importants sont consacrés à la vérification de ces critères. C'est ainsi

que certaines personnes dont le besoin est indéniable peuvent être exclues du bénéfice d'une prestation, raison pour laquelle une autre prestation est ensuite imaginée. En outre, les moyens de contrôle et les guichets de distribution mis en place sont à la fois coûteux, peu adaptés et peu productifs, voire contre-productifs.

Une anecdote illustrera ce propos. Le passage du RMI au RSA visait notamment à faciliter le retour à l'emploi. Pour préparer la réforme, nous nous sommes rendus dans plusieurs pays étrangers, en particulier en Angleterre, où les Jobcentres Plus, qui étaient responsables tant du contrôle des chômeurs que de leur indemnisation, disposaient des moyens nécessaires pour que les chômeurs puissent tester les offres d'emploi qui leur étaient proposées. Les agents des Jobcentres Plus pouvaient ainsi donner quelques livres sterling aux chômeurs afin de leur permettre d'acheter un billet de train ou une paire de chaussures par exemple. J'ai tenté d'introduire une telle mesure en France dans la loi du 1er décembre 2008 sur le RSA. Une disposition de ce texte, qui avait fait l'objet de discussions avec les partenaires sociaux et qui avait été expérimentée sur le terrain, prévoyait – c'était une première en France – la création d'une allocation sans critère, puisque son attribution était exclusivement subordonnée à l'appréciation de son intérêt dans la perspective du retour à l'emploi. À cet effet, un fonds doté de 150 M€, soit environ 1,5 M€ par département, avait été créé. Cette somme n'a pas été dépensée et les préfets se sont empressés de publier une circulaire expliquant que l'aide devait être attribuée en fonction de tel ou tel critère. En France, notre relation au recours est complètement déconnectée de la réalité. La meilleure illustration de ce phénomène est fournie par les commissions de surendettement : n'expliquent-elles pas à certaines personnes surendettées qu'elles ne relèvent pas encore de leur compétence compte tenu du niveau de leur endettement mais qu'elles en relèveront dans quelques semaines ?

Une telle situation résulte d'une approche paradoxale du principe d'égalité. La peur de la subjectivité nous conduit à tout objectiver, ce qui n'est pas sans créer des tensions et des surcoûts.

Comme chaque nouvelle aide ne parvient pas à produire les effets pour lesquels elle a été conçue, une autre aide est créée, qui est gérée par un autre acteur. Le cas des aides au logement est encore révélateur à cet égard. Il y a plus de dix ans, nous avons proposé de fusionner en une seule prestation octroyée sur la base des revenus et de la composition du foyer une grande partie des aides au logement avec les minima sociaux, voire avec une partie des prestations familiales. De cette façon, nous au-

rions simplifié l'attribution ainsi que le contrôle. Nous aurions aussi amélioré la lisibilité du système et pu disposer d'un moyen de pilotage fin entre la progression du SMIC et l'évolution de ces prestations. En effet, le problème consiste finalement à gérer le coût du travail de personnes dont la productivité est faible. La spécialisation des diverses prestations est un facteur à la fois de non-recours et de surcoût.

En ce qui concerne la faiblesse de la recherche universitaire, je considère qu'une occasion a été manquée à la fin des années 90 et au début des années 2000. À l'époque, nombre de jeunes universitaires français sont partis aux États-Unis ou en Angleterre pour leur période post-doctorale. Ils sont revenus convaincus qu'il fallait transposer en France les méthodes qu'ils avaient expérimentées à l'étranger mais les réticences à leur donner accès aux bases de données publiques ont été immenses. Selon moi, ce n'est pas le désintérêt des universitaires qui est en cause, même s'il a joué un rôle certain jusque dans les années 80.

### M. LIBAULT

Je souscris à cette analyse sur l'incapacité à créer des liens entre la recherche et les autorités publiques.

Vous affirmez que la conception des politiques et des prestations est fondamentale pour l'accès aux droits. Néanmoins, il faut aussi s'interroger sur le fonctionnement et le rôle du service public. Certaines évolutions pourraient-elles permettre de progresser ? Je me souviens d'échanges que nous avons eus au moment du lancement du RSA et de la DSN. Ne pensez-vous pas que la généralisation des échanges numériques d'informations entre les acteurs de la sphère publique, de façon à éviter de demander à plusieurs reprises aux usagers de fournir leurs données, représenterait un progrès majeur tant pour la gestion des prestations que pour l'accès aux droits ?

### M. HIRSCH

La réponse me paraît évidente. Nous nous sommes privés de leviers efficaces en ne nous engageant pas suffisamment dans cette direction. C'est manifeste dans le domaine de la santé. Lors de mon arrivée à l'AP-HP, j'ai été surpris par le nombre d'opérations nécessaires pour l'obtention d'un rendez-vous dans des délais appropriés compte tenu du diagnostic. Nous avons donc pris des mesures pour corriger cette situation. Ainsi, le processus de prise en charge de certains patients a été modifié : il a été décidé que nos centres devaient s'organiser pour répondre en huit jours à une demande en cas de suspicion de cancer. Une dizaine de centres sont désormais en mesure de le faire.

Par ailleurs, a été mis en place un système généralisé de prise de rendez-vous en ligne puisqu'il nous était impossible de répondre au téléphone. Selon les premiers résultats des enquêtes sur la prise de rendez-vous en ligne, 20 % à 30 % des patients indiquent qu'ils auraient renoncé à prendre rendez-vous si le dispositif n'avait pas existé. Ils n'auraient pas nécessairement renoncé aux soins, ils auraient peut-être choisi de consulter un autre professionnel.

### M. LIBAULT

Les représentants de Doctolib m'ont indiqué que les professionnels qui avaient opté pour ce système fidélisaient les patients. Ils avancent du reste cet argument pour convaincre les hôpitaux de mettre en place un tel dispositif.

Martin  
HIRSCH

Interview réalisée par  
Dominique LIBAULT

### M. HIRSCH

Les services publics entretiennent un rapport ambigu avec les usagers. Comme ils ne savent pas s'il est opportun d'avoir beaucoup d'usagers, ils n'ont pas entrepris les démarches que les entreprises ont menées à l'égard de leurs clients. Personnellement, je raisonne différemment. Je considère que mon rapport à la santé est au moins aussi important que mon rapport à l'opéra ou aux déplacements en train, deux sujets finalement secondaires mais pour lesquels je dispose de facilités d'accès importantes. Pourquoi ne pas avoir les mêmes modes d'accès pour des sujets prioritaires ? L'hôpital n'est pas en avance à cet égard mais il a rattrapé une partie de son retard.

### M. LIBAULT

Autre sujet qui nous interpelle : les usagers qui ne se dirigent pas spontanément vers les services publics. Bien que l'hôpital soit ouvert à tous, les inégalités en santé persistent. Comment mieux agir pour aller au-devant des personnes qui ne viennent pas naturellement ? Comment améliorer la prévention ?

### M. HIRSCH

Ceci nous ramène à la dimension scientifique. Prenons l'exemple des grandes politiques de dépistage, et notamment du dépistage du cancer du côlon après cinquante ans. Le taux de réponse est faible et il varie selon les catégories socioprofessionnelles. À ma connaissance, des stratégies différentielles et ciblées n'ont jamais été testées alors qu'elles pourraient améliorer le taux de réponse. J'ai certes quelques idées générales pour répondre à votre interrogation mais ne suis pas capable de vous dire ce qu'il convient de faire.

Il y a certainement une question de principe sous-jacente : est-il légitime d'introduire des incitations ? Comme le sujet est complexe, je vais l'aborder de manière détournée. L'hôpital est confronté au problème des rendez-vous non honorés, qui constituent une source de gaspillage puisque tout ce qui est prévu pour accueillir les patients devient alors inutile. Ce phénomène, qui concerne également la médecine libérale, est loin d'être marginal et témoigne d'un manque de respect pour les personnels de santé. Je plaide pour le paiement d'une caution minimale au moment de la prise de rendez-vous. Cette caution serait remboursée si le rendez-vous était honoré ou si le patient prenait le soin de prévenir de son absence. Il me paraît important que les patients soient conscients des coûts provoqués par leur non-venue. Je me suis exprimé sur ce sujet dans un article qui a été publié au début de l'année 2017 mais les praticiens m'ont rétorqué qu'une telle mesure constituerait une contrainte supplémentaire pour des

patients déjà en difficulté. Il me semble néanmoins qu'il est important de traiter cette question, qui concerne un petit nombre de patients mais qui entrave le bon fonctionnement du système.

Cet exemple, certes indirect, illustre la nécessité de mieux allouer les ressources. Il en va du meilleur accès aux soins. De la même façon, des mécanismes incitatifs ne sont pas superflus pour garantir une meilleure observance. Comment faire pour qu'ils ne pénalisent pas les personnes qui ont les plus grandes difficultés ? Je me souviens que, à Emmaüs, nous disions qu'un SDF était susceptible de se réinsérer à partir du moment où il acceptait d'aller chez le dentiste. Si l'idée de demander à quelqu'un de se rendre chez le dentiste avant toute prise en charge est vouée à l'échec, en revanche, il est évident que la prise en charge peut entraîner l'envie d'aller chez le dentiste. Les incitations et les pénalisations ont été peu explorées en France pour améliorer l'efficacité des politiques de santé publique et de prévention. Seuls les assureurs utilisent ces instruments, pour des raisons évidentes de rentabilité.

#### M. LIBAULT

La pénalisation a été introduite pour les patients qui consultent les spécialistes sans être passés auparavant par leur médecin traitant.

#### M. HIRSCH

Vous avez raison. Il y a maintenant aussi l'obligation de vaccination pour l'admission en crèche.

#### M. LIBAULT

Dernière question : en quoi la question de l'accès aux droits et aux soins vous semble-t-elle importante pour la société et pour la République ? Faut-il faire en sorte qu'elle soit mieux prise en compte ?

#### M. HIRSCH

Cette question est en effet centrale. La définition de droits réels, et non pas théoriques, ne doit-elle pas être l'objectif de ceux à qui nous confions le pouvoir ? Les citoyens ne sont-ils pas en droit d'avoir des réponses efficaces aux problématiques émergentes ? L'accès aux droits est pour moi indissociable de la définition des droits.

Par ailleurs, les mauvaises politiques d'accès aux droits induisent des comportements négatifs, tant de la part des administrations que des usagers, sans parler des effets désastreux sur l'opinion publique. C'est pourquoi l'équilibre politique repose sur une définition efficace de l'accès aux droits.

Si la question de l'accès aux droits émerge, c'est aussi parce qu'il est devenu difficile de comprendre comment le système fonctionne, et ce à tous les niveaux, depuis les usagers « de base » jusqu'aux concepteurs des politiques publiques.



DOSSIER

# 1

## Dossier central : ACCÈS AUX SOINS ET ACCÈS AUX SERVICES

portance  
us en p  
rait être  
cisément, il s  
cation de la peti  
rtises et savoirs qu

Car il peut revenir

ici au moins deux

enfants (pour leur so

é du travail ? la pa

e, en gros, par les

ternelle) a-t-elle se

é de la question p

mpose) finance-t-on

erse-t-on des presta

ondre un tel sujet

s, d'observations, e

n d'abondance que

is comme d'investig

T. C'est peu dire qu

être toujours conv

multiples rapports



# A

## LES DIFFICULTÉS DE L'ACCÈS AUX SOINS

sortir de la zone d'ombre. Plus en particulier, il paraît être le cas de la médecine, et plus précisément, il s'agit de la médecine de la petite enfance. Les compétences, les aptitudes, les techniques et savoirs qui sont nécessaires pour exercer ce métier sont très spécifiques. Car il peut revenir à un médecin de prescrire au moins deux médicaments à un enfant (pour leur santé) et de gérer le rythme de son travail ? la patiente est-elle, en gros, par les soins de son médecin (généraliste) a-t-elle subi une intervention chirurgicale ? de la question posée, il faut répondre (ou proposer) finance-t-on les soins médicaux ? s'agit-il de prestations de soins ? s'agit-il de prendre un tel sujet sous un angle différent, d'observations, de données, de statistiques, d'abondance que celle que l'on trouve dans les livres comme d'investigation ?

Enfin, il faut noter que le médecin généraliste. C'est peu dire qu'il est très difficile d'être toujours connecté à la réalité. Les multiples rapports à



## Accès aux soins : éléments de cadrage

Par Laurent Chambaud, *Directeur de l'EHESP*



Laurent Chambaud, médecin de santé publique, ancien conseiller auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine

La notion d'accès aux soins revient régulièrement dans les débats autour de notre santé. Elle est très souvent utilisée soit pour louer l'universalité de notre système, soit au contraire pour en dénoncer les insuffisances ou les dangers, et notamment les inégalités qu'il laisse perdurer ou se creuser.

Cette notion d'accès aux soins n'est pas une préoccupation uniquement française. Sur le plan conceptuel, il est toutefois important de souligner dès cette introduction que ce sujet est devenu un axe majeur de la politique portée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sous un terme différent : la couverture sanitaire universelle. En effet cet objectif a été lancé en 2013 dans le programme de développement de l'après 2015<sup>1</sup> et devient une référence constante dans les efforts internationaux pour améliorer la santé. La France est pleinement impliquée dans ce mouvement. Même si les deux termes ne se recoupent pas complètement, il est clair que « la couverture sanitaire universelle n'est pas possible sans accès universel »<sup>2</sup>.

Mais qu'entend-on par accès aux soins ? Quelles dimensions sont couvertes par ce terme ?

Classiquement trois notions sont régulièrement décrites :

- ▾ **L'accessibilité physique.** Une offre de services de soins doit être disponible à une distance raisonnable pour les personnes qui en ont besoin. Cette simple assertion peut engendrer de multiples débats. Qu'est-ce qu'une distance raisonnable ? Jusqu'où cartographier les services pour les rendre accessibles ? Quels sont les services qui doivent être en proximité et ceux que l'on accepte de mettre à distance ? Quel degré d'inégalité de répartition peut-on accepter pour les professionnels de santé ? Ainsi les annonces de François Hollande pour que personne ne soit à moins de 30 minutes d'un service d'urgence montrent bien l'importance politique d'un tel engagement. Les fortes interrogations levées à propos des « déserts médicaux » alors que le nombre de médecins ne cesse de croître<sup>3</sup> relèvent du même registre.

1 Vega J Universal health coverage : the post-2015 development agenda. Lancet 2013; 381 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60062-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60062-8)

2 Evans D, Hsu J, Boerma T, « Couverture sanitaire universelle et accès aux soins », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 2013, p.91. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450> [PDF]

3 Anguis M et al, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », *Etudes et Résultats* No 1061, DREES, Mai 2018.



Mais il s'agit aussi de calibrer les services en fonction des besoins des populations. C'est pourquoi des indicateurs ont été récemment utilisés comme l'accessibilité potentielle localisée (APL) qui intègre la structure par âge de la population qui peut être en demande de soins, mais aussi l'activité des professionnels<sup>4</sup>.

Un élément supplémentaire d'analyse de la distribution des services a été proposé il y a maintenant plus de quarante ans par le chercheur anglais Julian Hart, qui a défini le concept de « *inverse care law* »<sup>5</sup> suggérant que la disponibilité de bons soins de santé tend à varier de manière inverse aux besoins de la population desservie.

Cette notion d'accessibilité physique est également interrogée en fonction du statut socio-économique des populations. Si certaines personnes sont en mesure d'effectuer des déplacements pour obtenir les services qu'ils souhaitent, d'autres seront limitées par leur capacité à se rendre dans une structure sanitaire par leurs propres moyens, l'existence de dispositifs collectifs de déplacement ou la gratuité de transports sanitaires.

Enfin, un nouveau défi va traverser cette notion d'accessibilité physique : il s'agit du développement de la télémédecine ou, plus largement, de la capacité diagnostique ou thérapeutique à distance. Ces nouveaux outils vont probablement fortement augmenter la capacité des services à prendre en compte les besoins des personnes soit directement chez elles (télésurveillance) soit dans des structures de proximité. Elles imposeront alors une redéfinition de la notion d'accessibilité qui devra également être « virtuelle ». À cet égard, l'exemple de la Suède, qui comme le Canada, l'Australie ou la Norvège, ont une longue expérience de la télémédecine, est assez éclairant sur sa capacité à mettre en place une organisation qui intègre les consultations et soins virtuels pour résoudre non seulement cet enjeu d'accessibilité géographique, mais aussi la demande croissante de services et surveillance liée au vieillissement de la population<sup>6</sup>.

- ▼ **L'accessibilité financière.** Elle consiste à analyser la capacité des personnes à payer les services sans difficultés financières. Il est important, d'emblée, de souligner que ce coût n'est pas uniquement représenté par le prix de la prestation ou du service (lorsqu'il est connu). Il doit intégrer ce que la personne doit déboursier pour accéder à ce service. Ce peut être le coût du transport, le manque à gagner de journées non travaillées, le coût de gardes d'enfants, etc.

La capacité financière peut être un obstacle important à l'accès aux soins et services et constituer un facteur majeur d'inégalités de recours. Elle interroge les systèmes mis en place quant à leur universalité. Tel est d'ailleurs l'objet du débat, récurrent

---

4 Barlet M et al, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Etudes et Résultats* No 795, DREES, Mars 2012.

5 Hart JT : The inverse care law. *The Lancet* vol 297/7696. 1971. 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

6 Aschan-Leygonie C, « des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise », *Revue Francophone sur la santé et les territoires*, Juin 2017

dans notre pays, sur la coexistence d'une assurance obligatoire et d'une assurance complémentaire qui met à l'écart une proportion, certes faible<sup>7</sup>, de personnes non couvertes par une assurance complémentaire<sup>8</sup>.

Une autre approche, souvent utilisée dans les comparaisons internationales, consiste à analyser le reste à charge pour les ménages. Il est utile d'observer que, sur ce critère, la France est le pays le mieux classé de l'ensemble des pays de l'OCDE avec un reste à charge de 7 % de la dépense totale de soins<sup>9</sup>. Cette dépense moyenne n'empêche pas toutefois certains malades, notamment dans le cadre de maladies chroniques, d'avoir à déboursier des sommes très importantes.

C'est également pour objectiver les obstacles financiers que sont produites régulièrement des études sur le non recours aux soins. Si ces études sont nécessaires pour analyser les obstacles financiers, la DREES a montré que la formulation des questions peut induire des différences considérables dans la valeur du taux de renoncement, avec des écarts qui peuvent atteindre 15 points<sup>10</sup>.

Le renoncement aux soins est loin d'être anecdotique. Dans une enquête portant sur l'année 2016 et sondant 29 000 bénéficiaires, plus du quart des assurés sociaux (26,5 %), interrogés dans dix-huit caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) disent avoir renoncé à se faire soigner<sup>11</sup>. Sans surprises, car les études successives relèvent la même hiérarchie, les prothèses dentaires, les soins dentaires conservateurs, les consultations de spécialistes (notamment l'ophtalmologie) et les lunettes sont les secteurs les plus couramment cités.

On pourrait résumer les efforts faits par les pouvoirs publics pour résoudre ces obstacles financiers en les classant en trois axes. Le premier axe consisterait à définir un montant maximum, un plafonnement des dépenses d'une personne sur une période donnée. C'est la notion de « bouclier sanitaire » déjà empruntée par certains pays, mais jamais appliquée en France. La seconde possibilité, qui semble être celle retenue de manière implicite par les gouvernements précédents, serait de privilégier une couverture plus étendue par les assurances complémentaires, renforçant ainsi la complexité de l'interrelation avec les assurances obligatoires. La troisième piste, qui est actuellement explorée par la Ministre des solidarités et de la santé, est de renforcer les taux de couverture pour les postes de dépense les moins bien couverts, en particulier dans le domaine de l'optique et des soins dentaires.

- ▼ **L'acceptabilité.** Ce terme recouvre principalement la réalité de l'utilisation des services par les personnes qui sont en besoin ou en demande de soins. En pratique, il s'agit de mieux appréhender les nombreux facteurs autres que les obstacles géographiques ou financiers qui interviennent dans la décision de recourir aux soins. Ils peuvent en effet être de différentes natures. Certains déterminants sont

7 Elle est estimée à 5 % de la population

8 Geoffard P, « L'AMO ne suffit plus à garantir un accès aux soins sans barrière financière », *Regards* n°49, 2016, p. 157-163. <https://www.cairn.info/revue-regards-2016-1-page-157.htm>.

9 Il est de 15 % dans la moyenne des pays de l'OCDE.

10 Legal R, Vicard A, « Renoncement aux soins pour des raisons financières », *Dossiers Solidarité et Santé* N°66, DREES, Juillet 2015 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss66.pdf>

11 Étude réalisée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)



liés à la structure sociale. Ainsi l'âge, le sexe, la profession, le statut familial, le lieu d'habitation peuvent influencer sur la fréquentation des services de santé. Le degré de connaissance et d'*acculturation* à la complexité de notre offre de soins est également un facteur qui peut être différentiant. La culture d'origine peut également fortement teinter à la fois la reconnaissance intime de la pathologie et le contact avec les services de santé. La question sensible de la prise en charge sanitaire des migrants montre le cumul d'une vulnérabilité économique et sociale, mais aussi d'une insuffisance de reconnaissance des aspects culturels spécifiques à chaque communauté. Si le développement de services d'interprétariat, notamment dans les gros établissements publics de santé, permet de résoudre la barrière linguistique, il ne résout pas, loin s'en faut, les obstacles culturels. Ainsi il serait nécessaire de soutenir et développer les recherches anthropologiques dans la prise en charge soignante, à la fois pour mieux comprendre comment s'exprime la maladie mais aussi pour mieux organiser les réponses en terme de soins et d'accompagnement.

Mais l'acceptabilité tient également à la manière dont est organisée l'offre de services. Un exemple de ce phénomène traverse actuellement les évolutions de l'offre de soins primaires. Jusque récemment, l'offre médicale de proximité était représentée par le « médecin de famille », médecin libéral souvent installé en solo dans un cabinet, et dont la disponibilité quasi permanente était acquise. Ce modèle cède le pas et est remplacé par des formes plus collectives (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé...), dans lesquels la personnalisation du praticien n'est plus aussi présente. Or ce nouveau modèle peut être mal vécu par certaines personnes, notamment lorsqu'elles ont été habituées à cette forte individualisation du soin.

L'acceptabilité peut également renvoyer à l'organisation des services. Pourquoi assiste-t-on à une augmentation régulière des passages aux urgences hospitalières alors qu'il est bien connu que de nombreuses personnes pourraient voir leurs problèmes résolus dans le cadre de l'offre de soins primaires ? La réponse n'est pas univoque. Elle fait appel à des explications économiques (la gratuité des urgences), mais aussi à des disponibilités d'ouverture (un service ouvert 24h sur 24) et enfin probablement à une représentation de l'expertise qui, étant concentrée sur un site (plateau technique, présence des spécialités...), est vécue comme nécessaire à la résolution de la situation et donc rassurante.

Au-delà de ces trois conditions de l'accessibilité, il est indispensable de poser la question, plus générale, du recours aux droits. En effet, comme de nombreuses prestations sociales, il y a très souvent une disparité entre les droits théoriques et les droits effectifs. Or, si les conditions sont offertes pour faire connaître l'existence de ces prestations, une part importante des bénéficiaires potentiels effectueront les démarches. Ainsi, dans le cadre des *rendez-vous des droits* institués par les Caisses d'Allocation Familiales, 63 % des personnes récupèrent ces droits à pres-

tation sociale. Cette ouverture vers les droits sociaux permet également une entrée vers le système de soins, puisque un tiers des personnes reçues pour une demande de RSA font également une demande pour bénéficier de la CMU-C et un quart en ont bénéficié trois mois plus tard<sup>12</sup>.

Cet exemple montre qu'il existe une véritable difficulté, dans notre système, de connaissance des droits qui peut engendrer une impossibilité d'accéder aux services. La complexité, voire parfois l'opacité de la construction de nos prestations ne peut qu'être interrogée.

L'accès aux droits peut également être entravé par une réticence de professionnels de santé ou de structures à recevoir certaines personnes présentant des caractéristiques de vulnérabilité ou de fragilité. Les exemples du refus de soins pour certaines personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou pour des migrants titulaires de l'aide médicale d'État ont déjà été décrits et ont suscité de la part d'organisations non gouvernementales la pratique du *testing*. Il peut en être de même pour les soins envers d'autres populations, comme les personnes handicapées ou recevant des soins psychiatriques.

Un autre champ de l'accessibilité mérite d'être abordé. Très souvent l'accès aux soins est assimilé aux soins curatifs. Il serait pourtant nécessaire de l'élargir pour examiner l'accès aux soins préventifs (vaccination, dépistages, examens et bilans systématiques, éducation thérapeutique...). En effet le plus souvent ces pratiques cliniques préventives ne sont pas ou peu valorisées dans les actes professionnels et peuvent faire l'objet de programmes spécifiques dans lesquels l'accès pour les populations vulnérables représente souvent un enjeu. Autre particularité à noter, c'est une forme de « chaînage » qui doit être pris en compte entre activité préventive et recours aux soins. Ainsi la découverte après dépistage d'une déficience visuelle chez l'enfant ou d'un cancer du sein chez la femme n'induit pas systématiquement une prise en charge effective, car les différents obstacles (géographiques, financiers, socio-culturels...) peuvent intervenir pour dissuader la personne de rechercher les soins pertinents.

La notion de prévention peut elle-même être élargie à la promotion de la santé, autrement dit les facteurs individuels et collectifs qui déterminent la santé d'un individu et d'une collectivité. Un exemple peut illustrer ce propos. Il est maintenant établi scientifiquement que l'exercice physique est une activité protectrice à la fois sur la survenue de problèmes de santé<sup>13</sup>, mais également permet un meilleur rétablissement après l'épisode pathologique, notamment pour ce qui concerne les cancers<sup>14</sup>. Mais toutes les personnes n'ont pas la même facilité d'accès aux équipements ou même vivent dans des conditions qui ne favorisent pas la pratique de l'exercice ou dans un environnement pollué. Elles ont donc objectivement une « perte de chance » par rapport aux personnes vivant dans un milieu propice. Ainsi, lorsqu'est promue « la prescription de l'activité physique par ordonnance », il est nécessaire d'examiner l'accessibilité réelle à cette préconisation.

12 Castell L, Perron Bailly E, « Lutte contre le non-recours : 63% des personnes pouvant bénéficier d'une prestation sociale y accèdent après un rendez-vous des droits », *Études et Résultats* No 1058, DREES, Avril 2018

13 Voir, entre autres, le site de l'OMS : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

14 La pratique d'une activité physique après diagnostic d'un cancer du sein diminue de 24 % le risque de récurrence, et de 28 % le risque de décès par cancer. Ce dernier est réduit de 39 % après diagnostic d'un cancer colorectal <https://www.fondation-arc.org/activite-physique>



Ainsi, tout comme l'accès aux soins et parfois de façon plus criante, l'accès à la prévention et la promotion de la santé est en grande partie sociale et fait ressortir les inégalités de santé.

Pour conclure, il ressort fortement que la notion d'accès aux soins est loin d'être simple ou univoque. Elle se doit d'être analysée d'un point de vue multiple, et se nourrir de nombreux champs disciplinaires. Il est souvent tentant de dégager des normes d'accessibilité à partir de mesures. Si l'exercice peut être utile, il n'est pas suffisant car, d'une part, il est nécessaire d'explicitier les valeurs qui les sous-tendent (doit-on privilégier la proximité ou la sécurité des pratiques ? Quelle est la densité idéale de médecins ou d'infirmières sur un territoire donné ?), valeurs qui, bien souvent appellent à un débat sociétal. D'autre part, il est nécessaire de pondérer ces normes par les pratiques individuelles, car « *sur un même territoire, pour une même offre de soins, l'ampleur et les types de difficultés diffèrent d'un individu à l'autre en fonction de multiple paramètres (...)* »<sup>15</sup>.

Les difficultés d'accès aux soins doivent être mieux comprises. Il est important toutefois de connaître les limites de ces actions en sachant qu'elles ne peuvent à elles seules réduire les inégalités de santé<sup>16</sup>. Mais outre le fait que ces différences de prise en charge peuvent directement entraîner des pertes de chance, elles sont le reflet d'une incapacité de notre organisation à proposer une offre répondant aux besoins de l'ensemble de la population.

Analyser ces difficultés d'accès, trouver des solutions pour les réduire, c'est participer à une société plus solidaire et plus juste.

---

15 Nguyen-Khac A, « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2017/1, pp 187-195

16 Un rapport de l'IGAS de 2011 sur les inégalités sociales de santé avançait que l'accès au système de soins et la prise en charge des pathologies ne compterait que pour 20 % dans les inégalités sociales de santé, sans que ce chiffre puisse être vérifié.

## Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire



**Par Hélène Revil**, chercheure au Laboratoire PACTE/CNRS, Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), programme de recherche Life Trajectories de l'Initiative d'Excellence (IDEX) de l'Université Grenoble-Alpes (UGA).

Dans la littérature scientifique, il existe plusieurs manières de définir le renoncement aux soins. Pour l'anthropologue Caroline Desprès, la notion exprime le fait « *que des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* »<sup>1</sup>. Pour Philippe Warin, responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), on parle de renoncement « *lorsque des personnes déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité, ou une partie, de leurs besoins de soins* »<sup>2</sup>. La notion de non-recours est, quant à elle, mobilisée par P. Warin pour désigner des besoins de soins non satisfaits, justifiés médicalement. Plusieurs notions cohabitent donc ; une étude de l'ODENORE a toutefois montré que, dans les faits, renoncement et non-recours se recoupent pour une grande partie. La majorité des besoins de soins ressentis par les personnes et qui, pour différentes raisons, demeurent insatisfaits, est ainsi justifiée d'un point de vue médical<sup>3</sup>.

Une autre précision est importante : étymologiquement, le verbe renoncer peut suggérer « *un abandon* », ainsi qu'« *une décision par choix, un acte volontaire découlant d'un processus de délibération* »<sup>4</sup>. Caroline Desprès a d'ailleurs opéré une distinction entre « *renoncements barrières* » et « *renoncements refus* », les premiers venant pointer les obstacles, par exemple financiers, qui compliquent les itinéraires de soins, les seconds témoignant « *de l'expression d'une préférence, – préférer se traiter par soi-même ou solliciter d'autres types de soins que ceux qui sont légitimes dans notre système de santé* »<sup>5</sup>. À l'heure actuelle, la notion de renoncement aux soins est utilisée par des acteurs de différentes natures, notamment du monde la protection sociale, plutôt dans son acception « *barrières* », pour signifier les « *empêchements* », les « *gênes* », que les personnes rencontrent par rapport aux soins.

- 1 Desprès et al., 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », In *Questions d'économie de la santé*, n°169, p.3
- 2 Warin P. et C. Chauveaud, 2014, « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) », rapport d'étude pour la CPAM du Gard, ODENORE.
- 3 Warin P. et C. Chauveaud, 2014, *ibid.*
- 4 Desprès C., 2013, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », In *Sciences sociales et santé*, vol. 31, 2013/2, p. 73.
- 5 Desprès C., 2012, « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique », DREES, *Série Études et Recherche*, n°119, mars, p.14 et 15.



Dans les enquêtes que nous avons effectuées, lors des échanges avec les personnes sur les besoins de soins qu'elles disent ne pas pouvoir satisfaire, on retrouve le plus souvent un vocabulaire exprimant des difficultés, des freins, des impossibilités auxquelles les personnes expliquent devoir faire face, et ce à différents moments de leurs itinéraires de soins. Certes, une partie d'entre elles évoque les alternatives mises en place pour se soigner ; les personnes parlent notamment de leurs pratiques d'automédication. Mais elles indiquent aussi qu'elles ont le plus souvent « été contraintes » de faire autrement pour soulager leurs maux.

Si les définitions théoriques du renoncement ne se recoupent que partiellement et si la notion peut revêtir différentes acceptions, dans les faits en tout cas, le renoncement décrit bien un ensemble de situations où des personnes ne réalisent pas certains soins dont elles auraient besoin, n'adressent pas une partie ou la totalité de leurs demandes au système de santé, ne continuent pas à se soigner alors qu'elles ont engagé des démarches.

## I- Observer le renoncement aux soins : l'exemple d'un baromètre à la croisée des mondes administratif et scientifique

L'un des axes du programme scientifique de l'ODENORE, dispositif de recherche du Laboratoire « Politiques publiques, Action politique et Territoires » (PACTE), porte sur le renoncement en matière de santé. La production de connaissances sur le phénomène se fait en interaction permanente avec des acteurs du monde sanitaire et social. En 2014 par exemple, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard et l'ODENORE ont mis au point un outil pour observer et décrypter le renoncement aux soins. Concrètement, le « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS) consiste en une démarche d'enquête mêlant méthodes quantitative et qualitative. Sa finalité première est de donner aux organismes d'Assurance maladie (et à leurs partenaires) une *idée* du phénomène tel qu'il « se présente » en leur sein (voire tel qu'il prend forme chez les partenaires)<sup>6</sup>. La connaissance produite alimente également les travaux de recherche de l'ODENORE, ainsi que ceux du programme LIFE de l'Initiative d'excellence (IDEX) de l'Université Grenoble-Alpes qui a vocation à développer la compréhension des trajectoires de soins et de santé.

Par rapport à d'autres enquêtes relatives au renoncement, le BRS ne se concentre pas sur un seul type de soins mais cherche à dessiner un panorama général des soins renoncés (consultations, actes médicaux, examens et analyses, achat de matériel ou de médicaments...). En parallèle, il donne des indications sur l'intensité et l'impact – individuel et social – des difficultés rencontrées par les personnes pour se soigner. Ces éléments sont essentiels pour saisir ce que l'absence de soins *induit*. Comme la plupart des enquêtes relatives au renoncement aux soins, le BRS a aussi pour objectif de capter de l'information sur ce qui *produit* le phénomène. Il cherche ainsi à en saisir les causes, sans se concentrer sur une en particulier.

6 Revil H. (en collaboration avec S. Bailly), 2018, « Diagnostic du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS », rapport pour la CNAMTS, ODENORE/Programme LIFE, mars.

Une partie des travaux portant sur le renoncement aux soins a en effet focalisé son attention sur les raisons de nature financière<sup>7</sup>. D'autres ont en revanche eu vocation à mettre en évidence ses différents déterminants. En 2001, P. Chauvin et son équipe indiquent par exemple qu'en travaillant sur le renoncement leur objectif est de « *montrer qu'au-delà des facteurs socio-économiques classiques, d'autres facteurs, de l'ordre des conditions de vie, des ruptures et intégrations sociales, des représentations de santé et des caractéristiques psychologiques, sont associés à un tel [phénomène]* »<sup>8</sup>. En 2013, une enquête qualitative réalisée par l'ODENORE avait également vocation à rendre compte de *Ce que renoncer à des soins veut dire* pour les personnes, afin de vérifier le caractère relatif de l'explication du phénomène pour des raisons financières<sup>9</sup>. Le prolongement de ce travail exploratoire visait quant à lui « *à caractériser les causes du renoncement interrogeant directement les choix publics, à savoir les causes relatives aux systèmes d'assurances, aux systèmes d'offres de soins et aux statuts et relations professionnels* »<sup>10</sup>.

La construction du module du BRS relatif aux causes du renoncement aux soins s'est faite en tenant compte des raisons signalées dans les travaux précités et, plus particulièrement, de celles apportées au travers des entretiens qualitatifs de l'étude CERESO. Le questionnaire a également été précisé à la suite de sa passation initiale dans le Gard. Le BRS permet finalement d'appréhender, à un moment T, la diversité des raisons qui contribuent, de manière plus ou moins forte, à éloigner les personnes des soins, à entraver leur commencement ou à les interrompre.

## II- « Photographe » les raisons du renoncement aux soins

La dernière « photographie » du renoncement aux soins, à partir de l'enquête quantitative du BRS, a été faite fin 2017 et concerne 29 territoires métropolitains. En leur sein, plus de quarante mille personnes ont été interrogées et 22,4 % ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois<sup>11</sup>.

### II.1/ Coûts des soins et absence de protection complémentaire

Les analyses des raisons apportées par ces personnes à leurs difficultés en matière de soins montrent que les obstacles financiers sont les plus cités. C'est tout du moins de ce type de difficultés dont les personnes parlent le plus en première intention. Tous territoires confondus, 60 % des « renonçants » disent ainsi que les restes à charge des soins (RAC) sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s)<sup>12</sup>. Ils sont 29 % à dire que l'avance de frais est en cause. 11,2 % expliquent, en outre, que des incertitudes concernant le coût de certains soin(s) peuvent les amener à y renoncer. Selon les territoires, les pourcentages relatifs aux

7 Dourgnon P. and al., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Une approche économétrique », In *Question d'économie de la santé*, n°170, novembre.

8 Chauvin P. and al., 2001, « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne », INSERM, Document de travail.

9 Warin P. and al., 2013, « CERESO : Ce que renoncer aux soins veut dire », ODENORE, novembre, p. 4.

10 Warin P. and al., 2013, *ibid*, p. 41.

11 Revil H. (en collaboration avec S. Bailly), 2018, *ibid*.

12 Nous rappelons que, dans le BRS, les personnes peuvent citer plusieurs raisons pour expliquer leur(s) renoncement(s).



raisons financières du renoncement varient assez fortement : la part la plus élevée de personnes qui dit renoncer à cause des restes à charge atteint quasiment 71% dans les Yvelines, tandis que la plus faible est de 48 %. Elle concerne le Cantal. S'agissant de l'avance de frais, l'amplitude entre les taux est d'environ 40 points (12 % des renonçants Vendéens en parlent alors que c'est le cas de 43 % de ceux qui résident dans les Yvelines).

Dans l'ensemble des territoires, la difficulté à assumer les frais liés à certains soins, mais aussi à procéder à des avances auprès des professionnels, est pour partie liée à l'absence de complémentaire santé ; 17 % de l'ensemble des renonçants du dernier BRS déclarent être dépourvus d'une telle protection, alors que ce taux est de 10 % pour les répondants. L'absence de complémentaire santé ressort ainsi comme un facteur « favorisant » fortement le renoncement aux soins, en particulier à certains d'entre eux. Les données qualitatives du BRS signalent en l'occurrence qu'une partie des personnes sans complémentaire est éligible à la CMU-C ou à l'ACS. Les difficultés financières d'accès aux soins s'inscrivent donc, pour certaines, dans la continuité d'un « primo non-recours » aux dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée. On estime, qu'en 2014, à l'échelle nationale, 23 à 36 % des personnes éligibles n'ont pas eu recours à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). S'agissant de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), le taux de non-recours était compris entre 57 et 70 % cette année-là<sup>13</sup>.

L'absence de protection complémentaire accroît certes le risque de renoncer à des soins. Mais il paraît utile de souligner que, tous territoires confondus, une partie des « renonçants » dispose d'une telle protection. On peut en déduire que s'il est essentiel de bénéficier d'une complémentaire pour prévenir les difficultés d'accès aux soins, la question est bien également celle de la qualité des contrats, et de l'adaptation des garanties qui les composent, aux besoins des personnes. Comme le signalait C. Desprès il y a quelques années, « *les situations de renoncement pour raisons financières dépendent largement de la qualité de la protection sociale, soit l'existence d'une complémentaire santé (privée ou publique, la CMU-C) et de la qualité de cette complémentaire* »<sup>14</sup>.

## **II.2/ Des raisons « temporelles » : délais pour accéder aux soins et disponibilité des personnes**

Hormis les problématiques financières, un autre type de raisons est, tous territoires confondus, cité par plus d'un quart des « renonçants » de la dernière campagne du BRS : il s'agit des problématiques « temporelles » et qui renvoient, d'une part, aux délais pour avoir un rendez-vous avec certains professionnels de la santé et, d'autre part, au manque de disponibilité que peuvent rencontrer les personnes pour inclure des consultations ou actes médicaux dans leurs emplois du temps. Au ni-

13 Revil H., 2014, « Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel », Thèse de Science-politique, Université Grenoble Alpes, janvier.

14 Desprès C., 2012, op.cit., p.92.

veau de l'échantillon total du BRS, les problèmes de disponibilité sont cités par 11 % des personnes en renoncement et les délais par un peu plus de 15 % d'entre elles. Le fait de ne pas réussir à faire prendre en charge leurs besoins de soins dans des délais qu'elles jugent « raisonnables » apparaît ainsi comme la troisième raison la plus évoquée pour expliquer le renoncement. Dans quelques territoires, elle est même la seconde raison la plus citée devant ainsi l'avance de frais. La part de personnes indiquant que les motifs temporels font partie de ceux qui expliquent leur renoncement connaît, en effet, des variations territoriales : s'agissant du manque de disponibilité, cette part oscille entre 5 % dans l'Indre et 16 % en Gironde. La question des délais est quant à elle citée par 33 % des personnes en renoncement dans l'Eure, mais par seulement 8 % de celles affiliées à la CPAM de Bayonne.

### **II.3/ D'autres raisons de renoncer : de l'éloignement géographique aux attitudes individuelles par rapport aux soins et à la santé**

Selon les territoires, d'autres motifs que financiers et/ou temporels sont plus ou moins cités par les personnes pour expliquer leurs difficultés d'accès ou de maintien dans les soins.

Dans un tiers des territoires pris en compte dans campagne du BRS de fin 2017, c'est l'accessibilité géographique des soins qui questionne un peu plus qu'ailleurs. La part des personnes qui renoncent à cause de l'éloignement géographique, du coût du déplacement vers les soins ou de l'absence de moyen de transport, y est ainsi plus élevée. C'est notamment le cas en Haute-Marne où 13,3 % des renonçants parlent de leur éloignement par rapport à l'offre médicale et 6,7 % du coût du déplacement vers les soins.

Les difficultés relatives à une méconnaissance du système de santé ou à des incompréhensions par rapport à la prise en charge des soins sont, pour leur part, davantage explicatives pour les « renonçants » de quatre territoires. Dans l'Eure par exemple, plus de 10 % ont indiqué renoncer parce qu'ils ne connaissent pas de praticiens pouvant prendre en charge leurs besoins ou à cause de la complexité des démarches à mettre en œuvre pour accéder aux soins.

Les raisons renvoyant à des craintes, voire à des peurs, par rapport au monde médical, aux soignants et/ou aux diagnostics, sont quant à elles plus prégnantes pour les renonçants de quatre territoires. C'est le cas dans la Marne où 7 % des personnes qui renoncent parlent de craintes par rapport aux soignants et 7 % disent avoir des inquiétudes par rapport aux diagnostics qui pourraient être établis par les professionnels de santé si elles consultent.

Pour tous les territoires, on retrouve, en filigrane, des raisons de renoncer que l'on peut dire en lien avec des attitudes individuelles, des « sentiments », par rapport aux soins, à la prise en charge par les personnes de leur santé, mais également par rapport au système de protection sociale et aux démarches administratives. La lassitude et la négligence semblent toutefois plus présentes chez les renonçants de certains territoires, en particulier de Haute-Corse où près de 10 % décrivent leur lassitude et plus de 10 % également révèlent être négligents par rapport à leur santé.

Ces quelques exemples indiquent l'intérêt d'avoir une lecture des déterminants du renoncement, territoire par territoire. On peut faire l'hypothèse que les variations quant à la fréquence de citation de certains déterminants, et donc quant à la prégnance plus ou moins marquée de



certains obstacles, sont notamment fonction de la nature de l'offre de soins disponible sur les territoires, de sa répartition, des actions et dispositifs existants pour limiter les inégalités d'accès aux soins, ainsi que des caractéristiques sociodémographiques des populations.

### III- Saisir de manière plus qualitative ce qui gêne l'accès et le maintien dans les soins

Les enquêtes qualitatives réalisées dans le cadre de la démarche BRS viennent utilement compléter les résultats statistiques et apportent un éclairage différent sur les difficultés qui jalonnent les itinéraires de soins<sup>15</sup>. Elles permettent de mieux comprendre leur « mécanique » et de mettre en évidence des éléments dont les chiffres ne rendent que partiellement compte : c'est le cas des problématiques qui ont trait à la méconnaissance, aux incompréhensions, aux problèmes d'orientation dans le système de protection maladie et de santé, ainsi que des dimensions relatives à la relation qu'entretiennent patients et soignants.

#### III.1/ La mécanique des obstacles financiers

Les obstacles financiers dans l'accès aux soins s'articulent bien souvent avec d'autres causes. L'analyse des données quantitatives du BRS indique que le fait de renoncer à cause de restes à charge se combinent plus fréquemment avec certaines raisons, par exemple les délais pour avoir un rendez-vous médical mais aussi l'éloignement géographique<sup>16</sup>. Les entretiens qualitatifs permettent de mieux comprendre ces combinaisons. Ils montrent que les délais pour avoir rendez-vous avec des professionnels de la santé compliquent la planification financière des soins de personnes qui tentent de faire coïncider au mieux le moment de leurs dépenses de santé avec les périodes un peu moins « serrées » financièrement. L'imprévisibilité des ressources, dû notamment à un rapport à l'emploi discontinu, peut rendre difficile la projection de dépenses liées à des soins qui interviendraient plusieurs mois après une prise de rendez-vous et dont les personnes n'arrivent, en outre, pas précisément à déterminer le montant.

Les entretiens qualitatifs donnent également à voir un point important sur lequel d'autres enquêtes relatives au renoncement ne s'attardent pas : le fait que, si les obstacles financiers dans l'accès aux soins sont massifs, ils sont aussi pour une partie d'entre eux le résultat d'un « imaginaire collectif ». Certaines personnes n'adressent ainsi pas leur(s) demande(s) de soin parce qu'elles anticipent des restes à charge élevés mais sans avoir de données objectives pour en juger. Ceci rejoint d'autres constats selon lesquels de nombreuses personnes disent méconnaître les tarifs des soins, les parts qui peuvent leur être remboursées, et ne savent

15 À l'heure actuelle, près de trois cents entretiens qualitatifs ont été réalisés avec des personnes en renoncement aux soins dans le cadre de la démarche BRS.

16 Revil H. et P. Warin, 2016, « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime général, le régime social des indépendants et le régime de la mutualité sociale agricole », ODENORE, rapport pour les organismes d'Assurance Maladie obligatoire du Languedoc-Roussillon, mars 2016.

pas où, ni comment, se renseigner pour y voir plus clair. Il est évident que les restes à charge peuvent être élevés et qu'ils constituent un obstacle majeur pour des personnes dont les restes pour vivre mensuels sont limités ; mais il est probable que, pour une partie des soins auxquels les personnes disent renoncer à cause de restes à charge, ceux-ci soient « en réalité » moins importants qu'elles ne l'imaginent<sup>17</sup>. Aider les personnes à mieux comprendre les coûts des soins, en fonction des protections dont elles disposent, est certainement un enjeu.

Lorsqu'elles évoquent le coût des soins, les personnes pensent notamment aux dépassements d'honoraires ; ces suppléments sont la partie des restes à charge dont le montant leur semble le plus difficile à prévoir, les personnes ne comprenant en l'occurrence pas toujours quels sont les professionnels qui peuvent les pratiquer. On peut noter que la plupart des personnes rencontrées en entretien ne s'autorise pas à poser des questions sur ce point au moment de la prise d'un rendez-vous médical. Dans ce contexte, l'exposition à des dépassements lors d'actes de soins passés emporte chez les personnes une tendance à les anticiper pour la suite de leur parcours et à avoir l'impression qu'elles ne pourront pas y faire face. Les suppléments d'honoraires peuvent en ce sens contribuer à ce que les personnes s'éloignent « par anticipation » de certains soins dont elles auraient besoin. Les représentations concernant les coûts médicaux se construisent ainsi au fil des expériences de soins, mais aussi en tenant compte de représentations collectives, de ce que les personnes entendent dire « autour d'elles » ou par les médias.

Si les obstacles financiers que rencontrent les personnes pour se soigner méritent d'être compris au regard de leur connaissance et de leur compréhension du coût « réel » des soins, il est, en parallèle, indispensable d'en avoir une lecture à partir des restes pour vivre dont les ménages disposent une fois les charges et dépenses fixes mensuelles déduites. On pourrait formuler les choses de la manière suivante : en soi, un reste à charge n'est pas nécessairement un obstacle pour se soigner ; en revanche, pour des personnes dont les restes pour vivre mensuels (une fois toutes les charges - dont les crédits<sup>18</sup> - et dépenses fixes payées) sont inférieurs à cent euros, voire proches ou égaux à zéro, un reste à charge peut devenir impossible à assumer. Il en est de même pour les avances de frais qui deviennent encore plus problématiques à certaines périodes du mois.

Les entretiens rappellent que lorsque les situations financières sont fragiles et même si la grande majorité des personnes accorde de l'importance à sa santé, les dépenses liées aux soins ne sont pas la priorité. La plupart des renonçants explique d'ailleurs être dans l'obligation d'effectuer, quotidiennement, des choix financiers<sup>19</sup>. Le coût des soins peut devenir un obstacle plus prégnant encore lorsque des changements viennent bouleverser des situations financières déjà incertaines. 7 % des renonçants de la dernière campagne du BRS ont fait un lien direct entre leurs difficultés financières pour se soigner et une perte de revenu lié à un arrêt de

17 Revil H. (en collaboration avec S. Bailly), 2018, op. cit.

18 Certains travaux ont permis de souligner que des situations d'endettement peuvent être à l'origine des difficultés rencontrées par les personnes pour réaliser des soins ; voir par exemple, Revil H. et P. Warin, 2016, op. cit.

19 Revil H. et P. Warin, 2016, « La plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour aider les personnes à réaliser leurs soins », ODENORE, rapport pour la CPAM du Gard, mars.



travail. Les entretiens montrent en outre que des personnes « évitent » de consulter par peur qu'un arrêt leur soit prescrit et que cela impacte négativement leur situation financière.

### **III.2/ Les difficultés à comprendre et à s'orienter dans le système de protection maladie et de santé**

Nous l'avons vu, dans le volet quantitatif du BRS, une partie des personnes en renoncement explique cette situation par une non-connaissance des professionnels de santé qui pourraient prendre en charge leurs besoins, mais aussi par la complexité des démarches à mettre œuvre pour obtenir certains soins. La connaissance produite au travers des enquêtes qualitatives permet de mieux comprendre cette dimension du phénomène. Elle met en évidence que les obstacles financiers, mais aussi les attitudes et sentiments par rapport au système de santé, méritent d'être compris en ayant à l'esprit cette forte méconnaissance du système (de protection maladie et de soins).

Les entretiens signalent, en premier lieu, que le non-recours, par *non connaissance*<sup>20</sup>, à certaines prestations – Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et Aide complémentaire santé (ACS) notamment – et/ou aux aides exceptionnelles pouvant aider les personnes à assumer le coût de certains soins, est important. Le non-recours peut aussi prendre la forme de la *non-réception*<sup>21</sup> ; c'est le cas pour l'ACS dont l'accès est régulièrement décrit « comme un parcours du combattant »<sup>22</sup> par les personnes qui y sont éligibles, mais aussi par beaucoup de professionnels du social. Dans ce contexte, les personnes engagent des démarches de demande, mais ne vont pas au bout de celles-ci, en particulier parce qu'elles n'ont pas compris les différentes étapes qui mènent à l'ouverture du droit et au bénéfice effectif de la prestation.

S'ajoutent à ces situations de non-recours aux prestations légales ou extralégales, des incompréhensions concernant l'usage que les personnes peuvent faire de leurs droits une fois ceux-ci obtenus. C'est le cas pour la CMU-C ; lors des entretiens, nombreuses sont les personnes à dire qu'elles ne savent pas précisément à quoi la prestation leur donne droit, avoir des incertitudes concernant le « panier de soins » pris en charge, et qui déclarent, de ce fait, ne pas oser adresser certaines de leurs demandes au système de soins.

La méconnaissance des personnes concerne aussi l'offre de soins disponible à proximité de leur domicile et/ou sa diversité, ainsi que les moyens à leur disposition pour connaître et mieux appréhender cette offre.

Tous ces éléments peuvent entraver sinon empêcher les personnes d'accéder aux soins dont elles ont besoin. Non-connaissance, méconnaissance, incompréhension

---

20 Warin P., 2016 (actualisation), « Le non-recours : définitions et typologies », ODENORE, Working Paper, décembre.

21 Warin P., 2016, op. cit.

22 Revil H., 2014, op. cit.

sions à propos des droits, des aides, de l'offre médicale et des tarifs en matière de santé, peuvent gêner fortement l'entrée en soins des personnes ainsi que la poursuite, le cas échéant, de leur prise en charge. Alors que la notion de parcours est au cœur des discours sur le système de santé et que leur « optimalité » est recherchée, il est intéressant de constater que, dans les entretiens, le vocabulaire illustrant des formes de désorientation est légion : « je ne savais pas si je devais passer par mon médecin traitant, si je pouvais m'en occuper directement, alors j'ai laissé tomber », « je n'avais aucune idée de vers qui me tourner pour ces soins », « je n'ai pas continué car je ne pouvais pas payer et je ne savais pas qu'il y avait d'autres endroits où j'aurais eu moins à payer ». Nombreux sont les verbatim qui, au-delà de signaler une désorientation, indiquent que les personnes sont perdues dans ces univers qu'elles perçoivent comme particulièrement complexes.

Une part importante de la population repérée en renoncement, diverse dans ses caractéristiques sociodémographiques mais aussi au regard des parcours sociaux et trajectoires de vie, apparaît ainsi en difficulté dans ses démarches par rapport à la protection maladie et aux soins<sup>23</sup>. En vis-à-vis, nombreuses sont les personnes qui disent être à la recherche d'informations, d'explications, de conseils pouvant les aider à se rapprocher des soins et à s'y maintenir. Les besoins de *guidance* décrits initialement par Philippe Warin et Catherine Chauveaud dans le rapport du BRSG apparaissent effectivement prégnants<sup>24</sup>. Les personnes ne renvoient pas la responsabilité de cette situation à un professionnel ou à un autre en particulier, mais ont le sentiment ne pas toujours trouver de soutien suffisant du côté des acteurs administratifs, sociaux et/ou sanitaires. Elles cherchent donc par elles-mêmes leur chemin, essaient de frapper à différentes portes pour obtenir des informations sinon de l'aide, et peuvent avoir tendance à suivre des itinéraires qui, du point de vue des professionnels du sanitaire et du social, ne sont pas « les bons ». Le découragement, la lassitude, dont parlent une partie des personnes qui renoncent à des soins peuvent d'ailleurs découler de ces parcours « chaotiques ».

### **III.3/ La relation avec les professionnels de santé comme déterminant de la demande de soins et de leur continuité**

Les enquêtes qualitatives réalisées auprès de personnes qui renoncent à des soins permettent d'appréhender une autre dimension du phénomène : celle relative à la relation qu'entretiennent les personnes avec les soignants. Une précision mérite ici d'être faite : parler de « renonçants » est certes pratique dans l'écriture, mais ne correspond pas vraiment à la réalité. Avoir des difficultés pour réaliser un, ou même plusieurs soins, ne veut pas dire que les personnes n'en consomment aucun et renoncent à tous<sup>25</sup>. On remarque d'ailleurs au travers des enquêtes qualitatives qu'une partie non négligeable des personnes en renoncement est suivie pour une maladie chronique. Leur situation est paradoxale puisqu'elles sont tout à la fois en contact très régulier avec le système de soins et en retrait de celui-ci. Ces cas sont utiles pour comprendre que le renoncement aux soins n'est pas un phénomène extérieur au système de santé, mais

23 Richez C., 2016, « Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon. Monographie de l'Hérault », ODENORE, rapport pour la CPAM de l'Hérault, mars.

24 Warin P., 2017, *Le non-recours aux politiques sociales*, PUG.

25 Warin P. et C. Chauveaud, 2014, op. cit.



qu'il est bien – aussi – en plein cœur de celui-ci<sup>26</sup>. Les « renonçants » sont ainsi également *en relation* avec des soignants.

Pour la plupart de ceux interrogés, la relation qui apparait comme la plus importante est celle qui se noue avec le médecin traitant. Les personnes craignent d'ailleurs de ne pas en retrouver un si le leur arrête d'exercer ou change de territoire. Sur cette question du médecin traitant, les données quantitatives du BRS apportent un éclairage intéressant : elles indiquent que les personnes qui disent renoncer à un ou plusieurs soins ont un peu moins que les autres déclaré un médecin traitant. Globalement, le taux de déclaration est très élevé (95 % des répondants du dernier BRS disent avoir fait cette déclaration). Mais si l'on zoome sur la population « renonçante », on remarque que ce taux décroît légèrement (93,4 %). Alors que 4,2 % des « non-renonçants » n'ont pas de médecin traitant, c'est le cas de 6,2 % des « renonçants »<sup>27</sup>.

Ce résultat statistique est à considérer avec prudence. Cependant, certains éléments qualitatifs lui donnent de l'épaisseur. Les personnes expliquent bien en quoi le fait d'avoir un médecin traitant, de lui faire confiance, peut aider à faire face aux difficultés d'accès et de maintien dans les soins. Les échanges avec les personnes donnent, en l'occurrence, des indices sur ce qu'elles recherchent en priorité pour que la relation avec leur médecin soit « de qualité » : de l'humanité, de l'écoute, de la disponibilité<sup>28</sup>. Alors que les personnes disent, pour la plupart, avoir du mal à juger de la compétence technique des professionnels de santé et de l'aspect purement médical de la prise en charge, elles se réfèrent, en premier lieu, à des dimensions humaines pour « juger » de la « qualité » des soignants, et en particulier de leur médecin traitant. Les personnes veulent, en parallèle, avoir confiance dans les diagnostics faits, dans les décisions prises, dans les solutions proposées. Mais elles disent « ne pas faire une confiance aveugle » et souhaitent qu'on leur permette de comprendre les diagnostics posés et/ou la raison d'être des soins réalisés ou proposés et/ou la décision de ne pas prescrire un traitement ou un examen complémentaire.

Les personnes regrettent d'ailleurs que certains praticiens, en particulier spécialisés, ne prennent pas suffisamment le temps d'expliquer davantage ce qu'ils font et pourquoi. Elles trouvent, en outre, que les échanges avec les professionnels ne sont pas toujours possibles. On remarque également que les personnes ne s'autorisent pas nécessairement ces échanges. Lors des entretiens, certaines précisent n'avoir pas compris des aspects du diagnostic ou du traitement prescrit par un spécialiste, mais avoir préféré attendre un rendez-vous avec leur médecin traitant pour en savoir plus. Dans ce contexte, avoir la possibilité de questionner librement le médecin traitant par rapport à leur état de santé, au traitement prescrit, au suivi préconisé (par lui ou par d'autres professionnels), sentir que leurs points de vue par

26 Revil H. et P. Warin, 2016, op. cit.

27 Revil H. (en collaboration avec S. Bailly), 2018, op. cit.

28 Blanchet N. et H. Revil, 2018, « Evaluation participative de la PFIDASS du Gard », ODENORE, avril 2018.

rapport aux soins dispensés ou proposés comptent, sont des éléments qui peuvent aider les personnes à continuer leurs démarches de soins<sup>29</sup>.

Selon les « renonçants », ce rôle, que nous pourrions qualifier de *traducteur*, endossé par le médecin traitant est important pour mettre en œuvre leurs soins. La question des incompréhensions qui parsèment les consultations et les itinéraires de soins est, en effet, majeure : les échanges avec les « renonçants » mettent bien en évidence que le fait de ne pas comprendre ce qu'il en est s'agissant des diagnostics, des traitements et/ou des soins complémentaires à effectuer, alors même que tout cela concerne directement leur corps, leur santé et, plus largement, leur vie, vient gêner les processus de soins. Ainsi comme l'écrivait C. Desprès, « *en dehors d'une perte de confiance, cela peut avoir des conséquences relativement directes sur le maintien dans le processus de soins. N'ayant pas bien compris les enjeux, le malade peut interrompre le traitement ou les soins* »<sup>30</sup>. C. Desprès réfère sur ce point aux travaux de S. Fainzang qui a montré que l'information donnée (ou non) au patient varie selon son groupe social d'appartenance et qu'elle est, en premier lieu, délivrée aux membres des catégories sociales supérieures. Pourtant, les enquêtes qualitatives menées dans le cadre du BRS montrent bien que le besoin de compréhension n'est pas positionné que chez les patients appartenant aux catégories sociales supérieures.

Confiance, possibilité d'échanger et de questionner, compréhension et traduction, les personnes attendent aussi de leur médecin traitant qu'il les oriente, voire les guide vers des spécialistes lorsque cela est nécessaire. Dans l'esprit des assurés et selon leurs capacités à se repérer dans le système de soins, cette orientation peut consister à simplement désigner la spécialité, à recommander un praticien en particulier, voire à prendre directement le rendez-vous, notamment lorsque le degré d'urgence le justifie<sup>31</sup>. En cas de pathologie grave et/ou chronique, le lien assuré par le médecin traitant entre tous les spécialistes et autres acteurs de la prise en charge, ainsi que sa capacité à centraliser l'information, sont d'autres éléments primordiaux pour le maintien des personnes dans les soins et pour la continuité de ceux-ci. Les rôles joués par le médecin traitant d'*orientation*, voire de *médiation*<sup>32</sup> directe vers les soins de seconds recours, mais aussi de *coordination*, participent ainsi, selon les personnes, de ceux qui peuvent contribuer à parer au renoncement.

La relation entretenue aujourd'hui par les personnes avec les professionnels de santé est marquée de toutes celle(s) précédemment expérimentée(s), du souvenir d'expériences de soins et de leurs résultats. Mais cette relation peut également être impactée par les « refus de prise en soins » potentiellement vécus par les personnes au cours de leurs parcours sanitaires. 3,2 % des « renonçants » du BRS passé fin 2017 évoquent ce point, ce taux dépassant les 8 % dans certains territoires. De manière plus globale, les « traitements différenciés », pour des raisons liées (notamment) au type de protections dont disposent les personnes, peuvent avoir un impact fort sur la confiance accordée aux soignants, mais aussi sur la capacité et l'envie des personnes d'adresser leurs demandes de soins au système de santé<sup>33</sup>. Cette impression « d'être

29 Revil H. et P. Warin, 2016, op. cit.

30 Desprès C., 2012, op.cit., p.150.

31 Blanchet N. et H. Revil, 2018, op. cit.

32 Desprès C., 2012, ibid.

33 Revil H., « Des droits et des soins hors d'atteinte », In *Pratiques*, n°74, juillet 2016.



des malades différents » et ses effets sur la relation entre patients et soignants avaient été pointés dans le cadre de la recherche/action intitulée *La relation soignant/soigné dans le cadre de l'accès aux soins et à la prévention des populations démunies* initiée par le Mouvement ATD Quart-Monde.

#### IV- Concevoir un indicateur territorial d'accessibilité des soins ?

Au final, la connaissance produite par les enquêtes quantitative et qualitative du BRS permet de distinguer sept grands « types » ou « ensembles » de facteurs qui peuvent contribuer à expliquer le renoncement aux soins :

- ▼ Les facteurs *financiers* ;
- ▼ Les facteurs renvoyant à la *connaissance, à la compréhension et à l'orientation* dans le système de protection maladie et de santé ;
- ▼ Les facteurs *temporels* ;
- ▼ Les facteurs relatifs à l'*accessibilité géographique* et/ou à la *mobilité individuelle* ;
- ▼ Les facteurs relatifs à avec la *relation qu'entretiennent patients et soignants* ;
- ▼ Les facteurs renvoyant à des *craintes* par rapport au monde médical, mais également par rapport au monde du travail ;
- ▼ Les facteurs en relation avec *des attitudes individuelles et des sentiments* par rapport aux soins, à la prise en charge de sa santé, au système de protection sociale et/ou aux démarches administratives ;

Ces « grands ensembles » correspondent à des déterminants du renoncement aux soins de plusieurs natures : structurels, institutionnels, organisationnels, professionnels et individuels. Ils rappellent que les responsabilités du phénomène sont partagées, pour reprendre l'expression de Wim Van Oorschot à propos du non-recours.

La réflexion initiée avec le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) confirme la multiplicité des facteurs qui peuvent éloigner des personnes des soins. La vocation du BRS n'étant toutefois pas uniquement de travailler sur ce qui produit le renoncement – nous l'avons souligné en introduction de cet article –, les analyses faites ne permettent pas de comprendre avec précision le rôle joué par les différents facteurs, la manière dont ils s'articulent les uns aux autres, ni l'intensité de leur influence, pour une personne ou sur un territoire.

Un prolongement du BRS pourrait ainsi être envisagé ; en considérant que les facteurs précités concourent à expliquer le renoncement, on peut en déduire qu'ils renvoient tous à des dimensions de l'accessibilité des soins (accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité relationnelle, accessibilité cognitive...). Deux directions de travail pourraient en l'occurrence être pertinentes :

- ▼ Une qui tendrait à comprendre, de façon dynamique, l'influence de ces dimensions de l'accessibilité sur des parcours individuels et à mettre en lumière les chaînes causales ; le travail conduit dans le cadre de la

réécriture du PRAPS par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté est intéressant sur ce point. Un comité stratégique du « parcours précarité-vulnérabilité » a été créé dont « *les réflexions ont abouti au projet de construction d'un dispositif dynamique d'évaluation qualitative des facteurs de non accès aux soins sur le territoire régional. Ce dispositif permettrait de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le non-recours aux soins, et d'en déterminer des leviers potentiels* »<sup>34</sup>. Le travail de thèse de Marie Wicky-Thisse s'inscrit dans le cadre du dispositif mis en place par l'ARS. Dans ce contexte, son objet a été « *d'expertiser les multiples causes de difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, que nous observerons par le prisme des renoncements et des non-recours aux soins* »<sup>35</sup>.

- ▼ Une autre qui aurait plutôt pour objectif de saisir l'impact croisé des différentes dimensions de l'accessibilité au niveau d'un (voire de plusieurs) territoire(s), en mettant en vis-à-vis le point de vue d'habitants et d'acteurs sanitaires et sociaux, mais aussi en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques des populations et d'indications relatives à l'offre de soins ainsi qu'aux dispositifs territoriaux ayant pour but d'intervenir sur les inégalités en matière de santé.

À l'heure où une réflexion existe sur les indicateurs qui permettront, au local, d'évaluer le Plan pour l'accès aux soins porté par l'actuelle ministre de la Santé, où la compréhension des différentes facettes de accès aux soins est au cœur du projet institutionnel de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM), la seconde direction de travail – qui pourrait aboutir à la conception d'un indicateur territorialisé d'accessibilité des soins – nous paraît avoir tout particulièrement du sens.

34 Wicky-Thisse M., « Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité », Thèse de Médecine, Université de Franche-Comté, juin 2017, p.5.

35 Wicky-Thisse M., 2017, *ibid*, p.5.



## Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité

**Marianne Cornu Pauchet**, *Directrice du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C)*<sup>1</sup>.



*Après avoir travaillé pendant huit ans à la direction de la sécurité sociale, Marianne Cornu-Pauchet a été nommée directrice du Fonds CMU-C en mai 2016 par la Ministre en charge de la santé. À ce titre, elle porte les missions institutionnelles du fonds, de financement, d'analyse et de suivi des aides à l'accès à une complémentaire santé destinées aux personnes en situation de précarité (CMU-C et ACS). Elle est membre des commissions de refus de soins placées auprès des conseils des ordres des professionnels de santé.*

Les discriminations sont définies comme des traitements différentiels (intentionnels ou non), illégitimes et produisant un résultat défavorable sur l'accès aux droits fondamentaux d'un individu ou d'un groupe d'individus (*cf. encadré*). Directes, ou indirectes lorsqu'elles sont produites par les règles d'un système, elles sont génératrices d'inégalités. Or, l'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux pour lesquels un principe d'égalité est préconstitué. Les discriminations en matière d'accès aux soins aujourd'hui objectivées font pourtant état de la pluralité des populations concernées : personnes en situation de handicap, en situation de précarité, personnes âgées, étrangers, individus atteints de pathologies graves... L'analyse qui suit est volontairement centrée sur les personnes en situation de précarité bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)<sup>2</sup>, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Le Fonds CMU-C est en effet chargé du financement de la CMU-C et de l'ACS et de l'analyse de l'accès aux soins des bénéficiaires<sup>3</sup>. Pour l'ACS cependant, les études disponibles sont plus limitées, compte tenu du caractère plus récent du dispositif et du manque de recul concernant l'incidence de la mise en œuvre du tiers payant intégral et de l'interdiction de dépassement d'honoraires.

Quel diagnostic peut-on faire aujourd'hui sur les situations de discriminations rencontrées par les bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C ou de l'ACS lors de leur parcours d'accès aux soins ? Comment se traduisent concrètement ces discriminations ? Comment sont-elles objectivées ? S'agit-il de discrimination directe ou indirecte ? Quelles en sont les causes et les conséquences ?

1 L'auteur remercie Gwénaëlle Lebohec, directrice du fonds CMU-C ainsi que Caroline Desprès, docteur en médecine et en anthropologie pour leurs relectures attentives et leurs suggestions.

2 Remplacée depuis 2016 par la protection maladie universelle (Puma).

3 Les discriminations envers les migrants bénéficiaires de l'AME sont évoquées mais non approfondies. Elles ont fait l'objet de nombreux testings et travaux.



## I- La loi portant création de la CMU de juillet 1999 : des dispositifs créés pour garantir une égalité d'accès aux soins aux personnes démunies

À partir de la fin des années 70, dans un contexte de contraintes de plus en plus fortes sur les finances sociales, face au développement du chômage, des formes d'emploi précaire et de la pauvreté, le ciblage des dispositifs de protection sociale sous condition de ressources s'est imposé comme un outil de lutte contre les inégalités sociales. En parallèle, les fondements contributifs du système laissaient pour partie la place à l'universalisation des droits à prestations. La fragilisation de la norme d'emploi en CDI à temps plein a en effet remis en cause la logique de rattachement des droits à prestations au statut professionnel, logique à l'origine de la conception du système ; le lien étroit entre le versement de cotisations et le droit à prestations ne prévaut dès lors plus systématiquement.

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) est emblématique de ce double mouvement. Pour lutter contre les inégalités devant la prévention et les soins, elle introduit, avec la CMU, l'universalité d'accès à la protection de la santé, accessible sous la seule condition de résidence stable sur le territoire français. Pour lever les freins financiers d'accès aux soins induits par le ticket modérateur, le forfait hospitalier et les dépassements d'honoraires, elle crée également un dispositif innovant : la CMU-C, complémentaire santé gratuite sous condition de ressources<sup>4</sup>.

La CMU-C prend en charge le ticket modérateur pour tous les soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire, à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (consultations, médicaments, frais d'hospitalisation, etc.). Elle permet la prise en charge des prothèses dentaires, des frais d'orthodontie, des audioprothèses et d'une paire de lunettes par an, sans reste-à-charge pour le patient. Pour ces soins, les praticiens sont autorisés à effectuer un dépassement dans la limite d'un tarif plafond qui n'est pas facturé au patient<sup>5</sup>. La CMU-C couvre également le montant du forfait journalier hospitalier, sans limite de durée. Les bénéficiaires sont enfin dispensés de l'avance de frais (tiers payant intégral) et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires<sup>6</sup>.

La loi CMU crée également l'aide médicale d'État (AME), prestation sociale<sup>7</sup> destinée à prendre en charge les dépenses de santé des étrangers sans titre de séjour et en situation de résidence stable sur le territoire français. Le bénéfice de l'AME

4 Ressources mensuelles inférieures à 734 € au 1<sup>er</sup> avril 2018 pour une personne seule en métropole.

5 Ces dépassements, ainsi que toutes les dépenses de complémentaire santé des assurés titulaires de la CMU-C sont financés par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C), établissement public créé par la loi CMU.

6 Sauf en cas d'exigence particulière, par exemple de consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet, ou de visite à domicile non justifiée, etc.

7 Le financement de l'AME, assuré par l'État, donne lieu chaque année au vote d'une enveloppe budgétaire dédiée en loi de finances.

est ouvert aux personnes dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU-C. Comme la CMU-C, l'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs de responsabilité fixés par la sécurité sociale pour les soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire<sup>8</sup>, le forfait journalier hospitalier... Contrairement aux bénéficiaires de la CMU-C, les titulaires de l'AME peuvent cependant se voir appliquer des dépassements d'honoraires et il n'existe pas de tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires, l'audioprothèse et l'optique.

Créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière valorisable lors de l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé sur le marché de l'assurance : elle permet de réduire, voire de prendre en charge totalement, le montant de la cotisation annuelle. Réservée aux personnes dont les ressources ne dépassent pas 35 % du plafond d'attribution de la CMU-C<sup>9</sup>, l'aide est croissante avec l'âge du bénéficiaire (de 100 € pour les moins de 16 ans à 550 € pour les 60 ans et plus). Depuis 2015, l'ACS est utilisable sur trois contrats-types offerts par onze groupements d'organismes complémentaires sélectionnés par l'Etat dans le cadre d'une mise en concurrence<sup>10 11</sup>.

À l'instar des titulaires de la CMU-C, les bénéficiaires du contrat ACS sont dispensés de l'avance de frais (tiers payant intégral), sont exonérés de participations forfaitaires diverses (participation de 1 € lors de consultations médicales, franchises médicales...) et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires. Ces dispositions sont relativement récentes, le tiers-payant intégral ayant notamment été mis en place en 2015.

La CMU-C et l'ACS contribuent à lever les barrières financières de l'accès aux soins pour près de 7 millions de personnes démunies qui en bénéficient en 2018 (5,5 millions pour la CMU-C et 1,4 million pour l'ACS).

## Une reconnaissance tardive de la précarité comme critère prohibé de discrimination dans le code pénal

En droit, la discrimination est définie comme le traitement inégal d'un individu pour raisons illégitimes, ayant des effets défavorables sur la personne. La discrimination est directe lorsque le traitement défavorable intervient dans un domaine spécifié par la loi (droits fondamentaux) et se fonde clairement sur un ou plusieurs des critères de discrimination définis par le code pénal : l'origine, le sexe, la situation de famille, la grossesse, l'apparence physique, l'état de santé,

8 Certains soins sont toutefois exclus de la prise en charge par l'AME, tels que les actes techniques, examens, médicaments et produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation et les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (médicaments remboursés à 15 %).

9 Soit 991 € par mois, plafond ACS au 1<sup>er</sup> avril 2018 pour une personne seule en métropole.

10 Les trois contrats (contrats A, B et C) proposent la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur pour tous les soins courants (excepté pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) ainsi que la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie. À ces garanties socle, s'ajoutent trois niveaux de garanties pour l'optique, l'audioprothèse et les prothèses dentaires, allant de la couverture la plus simple (contrat A) à une couverture plus complète (contrat C).

11 Fonds CMU-C, *Rapport 2016 - 2017 relatif à l'ACS : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide*, octobre 2017



le handicap, etc<sup>12</sup>. Elle est indirecte lorsqu'une règle, un critère ou une pratique apparemment neutre défavorise de fait une personne ou un groupe de personnes visé par un critère de discrimination. La discrimination indirecte peut être le résultat de processus, actions, règles mises en œuvre sans nécessairement intention de porter préjudice. Cette notion permet d'englober des situations de discriminations systémiques, c'est-à-dire engendrées par le système, les règles, voire les politiques publiques, et ne relevant pas nécessairement du comportement d'un seul individu.

Ce n'est que récemment, en 2016, que le critère de précarité économique est introduit dans le code pénal parmi les critères de discrimination, sur proposition de loi du Sénat. Cette disposition est présentée comme une « reconnaissance symbolique pour permettre un exercice effectif de leurs droits par les personnes en situation de précarité »<sup>13</sup>.

Ainsi, l'objectivation d'un état de discrimination suppose que trois conditions soient remplies : un traitement différent, une raison illégitime et un résultat défavorable au regard d'une égalité préconstituée entre individus. Dans le domaine de l'accès aux soins, ce principe d'égalité est fortement ancré dans le droit français, inscrit dans la constitution française qui pose les fondements de l'universalité de l'accès à la santé (« La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous [...] la protection de la santé »). Si les principaux déterminants de la santé se situent en amont du système de soins, les discriminations (directes ou indirectes) lors de l'accès aux soins renforcent de fait les inégalités d'état de santé, accentuant les inégalités sociales, dans un processus de « cercle vicieux ».

## II- La discrimination : un phénomène susceptible d'aggraver le non recours à la CMU-C et à l'ACS et le renoncement aux soins

Dans un système d'assurance maladie qui comporte des « co-paiements », destinés à responsabiliser les patients en matière de consommation de soins, et la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires, l'accès à la couverture complémentaire conditionne l'accès financier aux soins, constat qui fut à l'origine de la création de la CMU-C. C. Desprès *et al*<sup>14</sup> ont en effet montré que la CMU-C limite le renoncement aux soins pour raisons financières. Plus récemment, les travaux de N. Jess<sup>15</sup> ont mis en évidence que le fait de détenir la CMU-C réduit de moitié

12 23 critères sont inscrits à l'article 225-1 du code pénal.

13 Rapport au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi de M. Yannick VAUGRENARD et plusieurs de ses collègues visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale, Par M. Philippe KALTENBACH

14 Desprès C., Dourgnon P., Jusot F., « Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé* n°170, 2011.

15 Jess N., « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », DREES, *Etudes et résultats* n° 944, 2015

le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable. Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

De fait, la CMU-C a participé à l'extension de la couverture complémentaire santé à l'ensemble de la population, la part de la population couverte par une complémentaire passant de 85 % en 1998 à 95 % en 2012, selon l'enquête santé et protection sociale de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Cependant, le taux de couverture par une complémentaire santé s'est stabilisé à 95 % et malgré la CMU-C et l'ACS, l'absence de couverture complémentaire santé reste le fait des plus pauvres. En 2014, 12 % des personnes du premier quintile de revenus (les 20 % des personnes les moins aisées) ne sont pas couvertes contre 2 % pour les personnes des quatrième et cinquième quintiles (Perronin *et al*<sup>16</sup>). De plus, la moitié des personnes non couvertes par une complémentaire santé ont un niveau de vie inférieur au seuil d'éligibilité à l'ACS et pourraient ainsi prétendre à la CMU-C ou à l'ACS.

Le non recours à ces dispositifs emporte ainsi des conséquences sur l'accès aux soins et l'état de santé des personnes, comme l'ont mis en évidence plusieurs études. Dans un contexte où le taux de recours à la CMU-C est stable depuis plusieurs années à 70 %, et où il est démontré que la CMU-C limite le renoncement aux soins, la lutte contre les discriminations revêt ainsi un enjeu particulier.

### III- Des discriminations qui se manifestent à chaque étape de l'accès aux soins

Des situations de discrimination peuvent intervenir à chaque étape du parcours de soins, lors de la demande d'accès premier au professionnel ou au service de santé, de la rencontre avec le praticien ou encore de la phase de diagnostic et de délivrance des soins, les manifestations de ces situations étant plus ou moins objectivables à chacune de ces étapes. Elles peuvent relever de discriminations directes ou indirectes (*cf. encadré*).

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME, la notion de discrimination renvoie au terme de « refus de soins » qui désigne communément le comportement par lequel le professionnel de santé refuse d'offrir au bénéficiaire les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles proposées à tout autre assuré et dans le respect des dispositions introduites par la loi portant création de la CMU : dispense d'avance de frais, exonération des co-paiements (ticket modérateur, participations diverses), interdiction d'appliquer des dépassements d'honoraires.

La liste des cas de refus de soins, établie par la CNAM dans une circulaire de 2008<sup>17</sup>, illustre le fait que les discriminations interviennent aux différentes étapes de l'accès aux soins. Le refus de soins est défini par les situations suivantes : le refus direct de rendez-vous (refus de recevoir), la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous (délais élevés, créneaux

16 Perronin M. (IRDES) avec la collaboration d'A. Louvel (DREES), « La complémentaire santé en 2017 : 5% de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres », IRDES, *Questions d'économie de la Santé* n°229, 2018.

17 N°CIR-33/2008 du 30 juin 2008 [https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE\\_CNAMTS\\_33\\_2008%20du%2030%20juin%202008\\_refus\\_soins.pdf](https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_CNAMTS_33_2008%20du%2030%20juin%202008_refus_soins.pdf)



horaires spécifiques), l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital sans raison médicale énoncée, le refus d'élaborer un devis, l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé (la dispense volontaire de soins de mauvaise qualité). Sont aussi incluses dans la définition du refus de soins établie par la CNAM les discriminations en raison de la protection sociale dont bénéficie le patient : refus d'application du tiers payant, facturation de dépassements d'honoraires non autorisés, etc.

La discrimination est directe lorsque le refus de recevoir est énoncé lors de la prise de rendez-vous au titre de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME, voire écrit comme ce fut le cas pour des médecins et dentistes qui ont affiché « pas de CMU » ou « pas d'AME » sur leur page des sites de prise de rendez-vous Doctolib.fr ou Monrdv.com. Repérés en janvier 2017 et dénoncés par les associations représentantes des personnes en situation de précarité, ces cas montrent qu'une étape supplémentaire a été franchie : le refus de recevoir est assumé. Ils ont donné lieu à une saisine du Défenseur des droits encore en cours d'instruction un an et demi après les faits.

La discrimination est également directe lorsque les délais pour obtenir un rendez-vous et les conditions d'accueil s'écartent de ceux habituellement fixés aux autres assurés, même si le refus de soins n'est pas clairement énoncé et ainsi plus difficilement objectivable.

Par ailleurs, l'éviction de bénéficiaires en situation de pauvreté *via* les modes d'exercice professionnel (secteur 1 ou 2, lieu d'installation,...) et les modalités d'organisation (horaires d'accueil spécifiques,...) peut conduire à une sélection des patients, souvent involontaire, parfois constituant une stratégie « d'évitement » des patients en situation de précarité. De l'ordre de la discrimination indirecte parce qu'elle est produite par des modes d'organisation, ce type de pratique est encore plus difficilement mesurable. Diagnostiquer une telle stratégie « d'évitement » suppose en effet d'en qualifier l'intentionnalité.

Le refus d'appliquer les dispositions financières associées à la CMU-C ou à l'ACS (tiers payant intégral, pas de dépassements d'honoraires pour les soins courants...) constitue également une discrimination indirecte car un accord est donné pour recevoir le patient mais dans des conditions qui sont contraires aux dispositions de la loi CMU et auxquelles le patient ne peut satisfaire. Il aura ainsi toute chance de ne pas revenir.

Enfin, lors de l'étape d'accès secondaire aux soins, des conditions de diagnostic et de délivrance des soins correspondant à une baisse de la qualité de la prise en charge médicale par rapport aux standards peuvent également être observées. La norme de prise en charge médicale est toutefois complexe à définir étant donnée la variété de cas cliniques rencontrés par les professionnels justifiant parfois d'une prise en charge médicale différenciée, fonction de l'état de santé, des antécédents, etc. Comme le montre M. Cagnet<sup>18</sup>, l'objectivation d'une cause illégitime du traitement différencié basé sur des stéréotypes ou préjugés est difficile à établir dans ce cas.

---

18 Cagnet M., « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé », Laboratoire URMIS, Université Paris Diderot. *Cahiers du Rhizome* n°52, bulletin national santé mentale et précarité. Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés.

## IV- Des facteurs de discrimination systémiques et contextuels

Les facteurs de discrimination ont été très récemment réexaminés par un travail de recherche cofinancé par le Défenseur des droits et le Fonds CMU-C<sup>19</sup>. C. Desprès, médecin de santé publique, docteur en anthropologie sociale et en ethnologie, a interrogé les pratiques des professionnels en matière de prise en charge des personnes démunies dans le cadre d'entretiens approfondis avec une cinquantaine de praticiens (médecins généralistes, spécialistes de secteur 1 ou 2 et chirurgiens-dentistes, exerçant principalement en ville).

### IV-1/ Des logiques économiques complexes à l'origine de différenciations par les professionnels de santé

Dès la mise en place de la loi CMU de juillet 1999, le facteur économique est identifié comme déterminant, le dispositif même de la CMU-C imposant aux professionnels de santé des contraintes économiques, avec l'instauration du tiers payant intégral, l'interdiction de tarifier des dépassements d'honoraires et la mise en place de tarifs plafonds pour les soins coûteux (prothèses dentaires, optique, audioprothèses). Ces contraintes pèsent alors de fait sur les professionnels dont les tarifs sont libres, les médecins du secteur 2 et les chirurgiens-dentistes pour les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dentofaciale dans un contexte où ces soins représentent environ les deux-tiers des honoraires des chirurgiens-dentistes<sup>20</sup>.

La logique économique est observée par la recherche de C. Desprès, les chirurgiens-dentistes interrogés en 2016 déclarant quasiment tous travailler à perte (qu'ils refusent ou non les bénéficiaires de la CMU-C) ou, au mieux, sans aucun bénéfice lorsqu'ils réalisent des prothèses dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C. Un trop grand nombre de « prothèses CMU-C » au tarif plafonné pourrait générer des difficultés de rentabilité, dans un contexte où les tarifs prothétiques viennent compenser les tarifs des soins conservateurs que les chirurgiens-dentistes considèrent sous-évalués. Cette situation expliquerait un refus de soins plus fréquent pour les soins prothétiques que pour les soins conservateurs. Si ces propos recueillis ne concernent que quelques professionnels de santé, ils mettent en évidence que seize ans après la mise en place de la CMU-C, le facteur économique reste prégnant parmi les causes de discrimination des personnes en situation de précarité. À cet égard, l'obligation d'appliquer les tarifs plafonds des soins prothétiques dentaires également aux bénéficiaires de l'ACS depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017 se traduira probablement par des situations de refus de soins, non encore observées du fait du manque de recul sur le dispositif.

Les travaux de C. Desprès ont permis de montrer que les logiques économiques des professionnels de santé, si elles étaient déjà connues en tant que facteur de différenciation, sont plus complexes qu'elles n'y paraissent car elles dépendent des choix du mode d'exercice professionnel (secteur 1 ou 2), des modalités d'organisation et du lieu d'installation, eux-mêmes

19 Desprès C., « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes ». Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits, 2017

20 Afin de tenir compte des contraintes d'équilibre financier de ces derniers, les tarifs plafonds des prothèses dentaires ont par la suite été revalorisés dans le cadre des négociations tarifaires conventionnelles entre l'assurance maladie obligatoire et la profession, en 2006 puis plus récemment en 2017.



déterminés par des considérations propres à chaque professionnel de santé. Le praticien cherche à optimiser ses modalités d'exercice en fonction de ses objectifs, en termes de qualité de vie, en matière d'exigence de qualité de soins, de gestion des contraintes externes (réponse aux normes de sécurité médicale des soins, aux normes financières ou autres de l'assurance maladie, etc.). Les discours des professionnels de santé analysés par C. Desprès mettent en évidence l'importance du temps de consultation comme variable d'ajustement économique ; ils révèlent des « *manières de soigner plus rentables que d'autres, expliquant des différenciations des soins. Le temps de consultation est par exemple une variable d'ajustement économique, le temps jouant inversement avec la qualité* ».

Dans ce temps de consultation, le temps « non médical » est perçu comme une contrainte, en particulier pour les professionnels qui ont accueilli des bénéficiaires de l'AME : temps dédié à la communication (barrière de la langue), temps passé pour obtenir le remboursement du tiers payant, ce remboursement étant incertain, de l'avis d'une très large majorité de praticiens (en l'absence de circuit de télétransmission à l'assurance maladie).

## **IV-2/ Un contexte de répartition de l'offre qui amplifierait les discriminations**

La rareté de l'offre de soins<sup>21</sup> dans certaines zones géographiques constitue un frein contextuel à l'accès aux soins, qui, même s'il concerne l'ensemble de la population d'un territoire, est porteur de discriminations potentielles. Toutefois, aucune évaluation ne permet aujourd'hui de mettre en évidence un lien systématique de cause à effet entre la rareté de l'offre médicale et l'existence de discriminations<sup>22</sup>.

En droit, une surcharge d'activité pour les professionnels de santé ne constitue pas une discrimination directe. La surcharge de travail liée à la rareté de l'offre dans certaines zones peut ainsi être considérée comme un motif légitime pour ne pas prendre en charge un patient. L'article L.1110-3 du code de la santé publique dispose que « *hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité* », le praticien peut refuser de soigner dès lors que cela est « *fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* ».

## **IV.3/ La construction d'une catégorie administrative « les CMU-istes », « les CMUs »**

21 La question de la rareté de l'offre de soins et de ses incidences sur l'accès aux soins est ici simplement abordée ; elle est en effet traitée dans un article du présent numéro de Regards.

22 Dans les zones où l'offre est à la fois plus exsangue qu'ailleurs et la densité de personnes en situation de précarité plus importante, la dépense de santé complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C n'est pas nécessairement plus faible. En Seine et Marne, par exemple, le taux élevé de bénéficiaires de la CMU-C est associé à une faible densité de médecins généralistes mais à une dépense de CMU-C par bénéficiaire élevée.

Parce qu'elle offre la gratuité des soins pour le bénéficiaire et qu'elle est conditionnée à un niveau de ressources, la CMU-C porte en elle les germes de la stigmatisation des bénéficiaires, en créant un traitement spécifique favorable ciblé sur les plus pauvres. Les travaux de C. Despres montrent que la CMU-C s'est ainsi constituée comme une catégorie sociale à part entière (les « CMUistes », les « CMUcistes ») dans les discours de certains professionnels de santé, alors même que les bénéficiaires ont des profils et des parcours très différents. L'auteur précise : « *Pourtant, ces individus ne constituent pas un groupe au sens sociologique du terme, ils n'ont pas d'identité commune, ni de communauté de destin comme peuvent en témoigner des histoires de vie radicalement différentes. Leur point commun est celui de faibles ressources économiques, à un moment donné.* » [...] *La CMU est un droit, un dispositif, une opportunité, ce n'est pas une catégorie identitaire. Certains refusent la CMU pour éviter la stigmatisation qu'elle produit* ».

Ce processus de catégorisation, qui avait été identifié lors des débats sur la loi CMU, se concrétise par la production de stéréotypes multiples qui apparaissent clairement dans les discours des professionnels de santé interrogés par l'auteur.

Ainsi, la gratuité des soins (tiers payant intégral) déresponsabiliserait les patients, conduisant à des comportements consuméristes, de surconsommation de soins<sup>23</sup>. Ce risque de surconsommation, potentiellement facteur de dérapage des dépenses de CMU-C, faisait également partie des risques identifiés lors des débats sur la loi CMU. En 2015, dans son rapport sur le Fonds CMU-C, la Cour des comptes le souligne à nouveau<sup>24</sup>. Pour autant, une fois la montée en charge de la CMU-C achevée, les dépenses de santé au titre de la CMU-C sont restées contenues. La dépense de complémentaire santé CMU-C par tête est depuis 2013 en recul chaque année. Les travaux de recherche sur le sujet ont aussi démontré que les consommations élevées de soins des bénéficiaires s'expliquaient par un effet de rattrapage temporaire au moment de l'entrée dans la CMU-C ou bien étaient dues à l'état de santé des bénéficiaires, plus dégradé que celui des autres assurés sociaux. Pour autant, les entretiens auprès des médecins montrent que ce préjugé circule dans la profession, bien qu'aujourd'hui tempéré par l'émergence de discours sur le renoncement aux soins ou le non recours aux droits chez les mieux informés.

Les bénéficiaires de la CMU-C seraient également de « mauvais citoyens et mauvais patients », fraudant pour obtenir la CMU-C, n'honorant par leurs RDV, n'observant pas leur traitement. Fondés souvent sur l'expérience de quelques cas, ces préjugés sont généralisés à l'ensemble des bénéficiaires, alimentés et renforcés par une méconnaissance de la précarité et souvent des dispositifs de protection sociale. La CMU-C est par exemple souvent assimilée à un statut de grande précarité (SDF, etc), à tout le moins de chômage (les seuils d'éligibilité à la CMU-C ne sont alors pas connus) par le professionnel.

Il ressort cependant des entretiens de C. Despres que parfois l'expérience acquise par le professionnel dans le traitement de patients bénéficiaires des dispositifs conduit à infirmer ces préjugés.

23 Notons que la représentation des bénéficiaires de la CMU-C qui surconsomment n'est pas énoncée chez les dentistes.

24 « Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », Rapport de la Cour des comptes établi par JP. Viola, Communication à la commission des finances du Sénat Article 58 alinéa 2 de la loi organique du 1er août 2001 Mai 2015



## V- Un phénomène difficile à évaluer, peu signalé par les personnes concernées

### V-1/ Les testings sur le refus de recevoir

Les travaux sur la discrimination dans l'accès aux soins se sont d'abord intéressés à la discrimination lors de l'accès premier au professionnel de santé, plus visible et plus facilement objectivable que les différences de traitement qui peuvent intervenir en aval lors de la prise en charge médicale, de la phase de diagnostic et de réalisation des soins. Le refus de recevoir a ainsi été mesuré par de nombreux testings ou enquêtes réalisés dès le début de la mise en place de la CMU, de la CMU-C et de l'AME. Certains d'entre eux ont particulièrement alimenté le débat public sur le refus de soins<sup>25</sup>.

En 2002, Médecins du Monde dénonçait les situations de refus de soins au moyen d'un testing mené auprès de 230 dentistes libéraux choisis de manière aléatoire dans 11 villes de France. Selon cette étude, les dentistes ont refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU dans 35 % des cas.

L'existence des refus de soins est ensuite confirmée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2003 au moyen d'une enquête auprès de 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU couvrant 14 départements<sup>26</sup>. Il en ressort que « 15 % des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les recevoir ou de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU ».

Le Fonds CMU-C a travaillé sur la question des refus de soins dès les premières années d'application de la loi. En 2006, il a commandité un premier testing visant à explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C lors de la prise de RDV téléphonique<sup>27</sup>. Effectué dans six villes du département du Val-de-Marne choisies pour leurs caractéristiques contrastées en termes de démographie et de concentration de bénéficiaires de la CMU-C, ce testing a fait apparaître un taux de refus de l'ordre de 40 % pour les médecins spécialistes de secteur 1 et 2 comme pour les dentistes. En revanche, pour les médecins généralistes, le refus était plus limité pour les médecins de secteur 2 (près de 85 % des rendez-vous étaient accordés) et constituait une exception pour les médecins généralistes du secteur 1 (près de 100 % des rendez-vous accordés).

À la suite de la sortie des résultats de cette étude<sup>28</sup>, le caractère inacceptable de cette situation fut souligné par le gouvernement, qui demanda alors au directeur du Fonds CMU-C d'établir un rapport comportant des propositions opérationnelles susceptibles de mettre fin aux « refus de soins »<sup>29</sup>.

25 On ne prétend pas ici couvrir l'exhaustivité des testings réalisés en matière des refus de soins par l'ensemble des acteurs.

26 Cognet M., Op. cit.

27 Desprès C., Op. cit.

28 Qui s'ajoute aux nombreux testings effectués par les associations représentantes des personnes en situation de précarité, notamment sur le refus de recevoir les bénéficiaires de l'AME.

29 « Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », Op. cit.

En 2008, dans le cadre de l'élaboration du rapport d'évaluation de la loi CMU, le fonds a commandé à l'IRDES un nouveau testing. Réalisé à Paris en fin d'année 2008 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes, dentistes et quelques spécialités médicales, soit auprès de 861 professionnels, il a mis en évidence des taux de refus élevés en gynécologie (40 % pour les gynécologues de secteur 2), en ophtalmologie (31 % en secteur 2) et en soins prothétiques dentaires (31 %). Face au constat de la persistance des refus de soins, le fonds a formulé des propositions : introduire un indicateur de suivi des refus de soins dans la loi de finances ou dans la loi de financement de la Sécurité sociale, donner juridiquement une valeur probante au testing, ouvrir la possibilité de sanction directe par les caisses d'assurance maladie,...

Si l'ensemble de ces travaux a permis d'étayer l'existence de refus de soins, les débats se sont cristallisés autour de la qualité des testings et des ordres de grandeur du refus de soins, déplaçant ainsi l'enjeu de la lutte contre le refus de soins vers un enjeu d'évaluation de l'ordre de grandeur, en reléguant parfois la réalité du refus au second plan, phénomène pourtant contraire à la loi comme au code de déontologie, fût-il marginal.

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réaffirme cependant l'importance de la mission d'évaluation du refus de soins en la confiant aux conseils nationaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016, en application de l'article 85). Composées de quatorze membres (professionnels de santé, représentants d'associations d'usagers du système de santé, Fonds CMU-C, CNAMTS), les commissions « refus de soins » sont chargées d'évaluer le nombre et la nature des pratiques de refus de soins et de remettre un rapport annuel au ministre chargé de la santé.

## **V-2 / Des refus de soins peu signalés par les assurés ou du moins qui font l'objet de peu de saisines**

Les assurés disposent aujourd'hui de plusieurs canaux pour signaler et saisir l'institution publique en cas de refus de soins : ils peuvent saisir la direction des caisses primaires d'assurance maladie ou la commission de conciliation de la caisse, le défenseur des droits et les conseils départementaux des ordres nationaux des professionnels de santé concernés.

Les bilans de la CNAM sur les cas de refus de soins remontés par les conciliateurs locaux des CPAM montrent que les signalements sont limités et le sont de plus en plus. En 2011, les signalements répertoriés s'élevaient à plus d'un millier de cas (pour les seuls bénéficiaires de la CMU-C), en 2014, ils étaient inférieurs à 500 (pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, cf. tableau ci-dessous). Le bilan de la CNAM de 2014 renseigne aussi sur les principaux motifs de refus de soins. Le refus du tiers payant apparaît comme le premier motif de plainte (de l'ordre de 40% des cas pour les bénéficiaires de la CMU-C comme de l'ACS<sup>30</sup>), l'attitude ou le comportement discriminatoire comme le deuxième motif.

30 Dans le cas de l'ACS, notons qu'il s'agit pour les professionnels du refus d'appliquer le tiers payant social, la mise en place du tiers-payant intégral pour l'ACS datant de 2015.

Tableau 1 : Bilan des refus de soins signalés en 2014 auprès des CPAM

Motifs des refus de soins	Bénéficiaires de la CMU-C		Bénéficiaires de l'ACS		Bénéficiaires de l'AME		Total	% du motif
	N	%	N	%	N	%		
Fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rdv	8	2,6%	1	0,7%	0	0,0%	9	2,1%
Orientation répétée et abusive vers un autre professionnel ou centre de santé sans raison	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Refus d'élaborer un devis	16	5,2%	19	14,0%	1	5,0%	35	7,9%
Non respect des tarifs opposables ou facturation d'actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé	71	23,3%	24	17,6%	5	25,0%	95	21,5%
Attitude ou comportement discriminatoire, refus de soins non motivé	87	28,6%	36	26,5%	8	40,0%	123	27,9%
Refus de tiers-payant	123	40,3%	56	41,2%	6	30,0%	179	40,6%
<b>TOTAL</b>	<b>305</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>		<b>441</b>	<b>100,0%</b>
% du dispositif	69,2%		30,8%		4,3%		100,0%	100,0%

Source : CNAM, repris du VIIème rapport d'évaluation du fonds CMU-C de 2016, [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT\\_EVALUATION\\_2016.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf)

Les plaintes enregistrées auprès des conseils de l'ordre ou du Défenseur des droits correspondent quant à elles à quelques cas par an. Le caractère limité des signalements illustre les difficultés des assurés à entamer les démarches administratives de saisine des instances concernées.

\*\*\*\*\*

Au bout du compte, le diagnostic sur les discriminations en matière d'accès aux soins fondées sur un motif de précarité revêt un caractère parcellaire. Le repérage et l'évaluation de ces discriminations sont complexes, comme pour toutes les discriminations et tous les phénomènes dissimulés parce que contraires à la loi et à l'éthique. Des travaux (testings, travaux de recherche) ont toutefois permis de démontrer l'existence de ces discriminations, et d'établir qu'elles ont pour partie des raisons systémiques attachées aux dispositifs dont l'objet premier était précisément d'assurer une égalité d'accès aux soins pour les plus démunis (CMU, CMU-C, ACS et AME).

L'enjeu aujourd'hui n'est pas tant de quantifier à nouveau mais plutôt de mettre en place les moyens effectifs de lutte contre les discriminations lors de l'accès aux soins, compte tenu des effets qu'elles peuvent avoir, qui vont au-delà des conséquences négatives évidentes sur l'état de santé des personnes démunies. Les discriminations de fait se traduisent par des anticipations de discrimination, intégrées par les usagers. Elles renforcent ainsi le renoncement aux soins et altèrent la confiance dans le système de santé. Elles peuvent aussi avoir des conséquences importantes sur l'organisation de l'offre et son financement, dès lors qu'elles incitent

à un report vers d'autres formes de prises en charge - vers l'hôpital (recours non pertinent aux urgences) ou vers des structures « adaptées » (permanences d'accès aux soins de santé, centres de santé,...) - et portent ainsi en germe une médecine à deux vitesses, contraire au principe inclusif du système d'assurance maladie.

## Bibliographie

[1] Fonds CMU-C, octobre 2017, Rapport 2016 - 2017 relatif à l'ACS : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide.

[2] Rapport au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi de M. Yannick VAUGRENARD et plusieurs de ses collègues visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale, Par M. Philippe KALTENBACH

[3] Cagnet M., « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé »

Laboratoire URMIS, Université Paris Diderot. Cahiers du Rhizome n°52, bulletin national santé mentale et précarité. Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés.

[4] Despres C. 2017, « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes ». Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits.

[5] « Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », Rapport de la Cour des comptes établi par JP. Viola, Communication à la commission des finances du Sénat Article 58 alinéa 2 de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001 Mai 2015

[6] Desprès C., Dourgnon P., Jusot. F, 2011, « Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». Questions d'économie de la santé n°170.

[7] Jess N, 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins ». Drees, études et résultats n° 944

[8] Perronin M. (Irdes) avec la collaboration d'A. Louvel (Drees), 2018. « La complémentaire santé en 2017 : 5% de non-couverts et 12% parmi les 20% les plus pauvres ». Irdes, Questions d'économie de la Santé n°229.

[9] Rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde.

[10] Boisguerin B. « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », *Etudes et résultats n° 294 – Mars 2004*



---

[11] « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle : une étude par testing dans six villes du Val de Marne », Caroline Desprès, Michel Naiditch, rapport DIES pour le Fonds CMU, mai 2006

[12] Chadelat J.-F., 2006, « Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », Rapport pour monsieur le ministre de la Santé et des Solidarités, La Documentation française, Paris, 30 novembre, 32 p.

# B

## ACCÈS AUX SOINS :

### QUELLE ARTICULATION ENTRE POLITIQUES NATIONALES ET LOCALES ?

sorte de...  
 plus en p...  
 rrait être...  
 cisément, il...  
 ication de la peti...  
 rtises et savoirs qu...  
 Car il peut reven...  
 ici au moins deux...  
 fants (pour leur so...  
 é du travail ? la pa...  
 e, en gros, par les...  
 ternelle) a-t-elle se...  
 é de la question p...  
 (compose) finance-t-on...  
 rse-t-on des presta...  
 ndre un tel sujet s...  
 s, d'observations, e...  
 n d'abondance que...  
 s comme d'investig...  
 T. C'est peu dire qu...  
 être toujours conv...  
 multiples rapports à



## 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 rénové 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.

# 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 RO SP<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.



## Le rôle du CETAF dans l'accompagnement dans l'accès aux soins par les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie.

**Par Norbert Deville et Catherine Sass**, respectivement *Directeur général et Coordinateur de projets au Centre Technique d'Appui et de Formations des Centres d'Examens de santé (CETAF)*.



Directeur de cabinet du directeur général de la CNAMTS entre 1989 et 1993, Norbert Deville est nommé directeur de l'administration générale à partir de 1993. Il prend la direction du CETAF en 2003.



Catherine Sass est coordinateur de projets au CETAF.

Le renoncement aux soins a fait l'objet de plusieurs articles dans la revue Regards de l'EN3S, dont un article rédigé par Christian Fatoux, Directeur de la CPAM du Gard et en charge du co-pilotage de la généralisation de la PFIDASS<sup>1</sup>, qui s'intitule « Un investissement social de l'Assurance Maladie : la PFIDASS. Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif local d'accès aux soins », paru dans le dernier numéro de décembre 2017 (n°52).

L'article qui va suivre propose de décrire l'action du CETAF, notamment depuis 2003, sur cette thématique du renoncement aux soins et plus largement sur le renoncement à la santé et ce, en lien avec les Centres d'Examens de Santé (CES), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Unions de caisses et la CNAM.

### I- Quelques rappels sur l'évolution des dispositifs réglementaires

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d'accès aux soins, à savoir : la couverture maladie universelle (CMU), la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'aide médicale d'État (AME) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

<sup>1</sup> Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé.



La CMU de base permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne qui réside en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe, et qui n'est pas déjà couverte par un régime de sécurité sociale.

La CMU-C est une complémentaire santé gratuite pour les plus démunis qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'Assurance Maladie obligatoire.

L'AME offre, aux personnes en situation irrégulière ayant des ressources inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C, une assurance maladie de base et/ou complémentaire.

L'ACS donne une aide au paiement d'un contrat de complémentaire santé aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est une prestation sociale française qui permet à toute personne ayant une activité professionnelle ou résidant en France, de manière stable et régulière, de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux, examens de santé, etc...) dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale. La part complémentaire des soins, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

En outre, d'autres aménagements réglementaires sont apparus : la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoyant le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ; la loi de modernisation de notre système de santé confiant aux Ordres professionnels l'évaluation des refus de soins ; le décret relatif à la stratégie nationale de santé visant à agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

## II- Des précisions sur la notion de non-recours aux soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

En France, ce droit est inscrit dans la Constitution et est au fondement de la création du système d'Assurance Maladie en application de la première ordonnance du 4 octobre 1945 instituant le régime général de la Sécurité Sociale « *destiné à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature* ».

55 ans après la création de la Sécurité Sociale, le développement de la protection sociale, et ce malgré les nouveaux prélèvements nécessaires à son financement, n'est pas pour autant dénué d'ambition et la loi du 27 juillet 1999 crée la couverture maladie universelle qui a vocation à permettre l'accès aux soins aux personnes les moins favorisées du pays.

La notion de non recours éclaire les limites de la CMU puis de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. En ce qui concerne la PUMA, il est trop tôt pour le dire.

Toutefois, on perçoit à ce stade, que le non recours aux soins et/ou à la santé ne peut pas se résumer à une approche en termes d'accès aux droits.

Dès septembre 2005, Antoine RODE<sup>2</sup> analysait, dans une thèse intitulée « *Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires* » une approche exploratoire et compréhensive des déterminants médicaux et sociaux, les facteurs du retard ou du renoncement aux soins (RRS) comme embrassant trois niveaux d'explication générale du non-recours, que sont l'individu (perception de la douleur et rapport au corps, scepticisme envers la médecine, manque d'information, isolement social, niveau d'éducation, ...), l'organisme prestataire (relation au médecin, refus de spécialistes de consulter les patients ayant la CMU, accueil inadapté dans certaines structures...) et le dispositif (effet de seuil, délai d'obtention des droits à la couverture maladie, contraintes dans la gestion de la maladie chronique...).

Par ailleurs, il prévoit que « ce découpage nous apprend que : 1/ les facteurs de Renoncement aux Soins de Santé se cumulent, 2/ la précarité et la santé se rejoignent sur un aspect : le rapport au temps. Celui-ci apparaît à tout point de l'analyse. La précarité, au fur et à mesure qu'elle s'installe, entraîne une vie instable, avec des temps morts qui repoussent la satisfaction des besoins ».

De par les constats dressés ci-dessus, qui restent d'actualités, nous retiendrons l'hypothèse que le concept à traiter dans cet article, plus large et important, est celui du renoncement à la santé.

### III- Présentation de quelques analyses stratégiques sur le non-recours aux soins

Le renoncement suppose un besoin de santé. Le renoncement aux soins, comme nous l'avons vu, est un concept aux significations multiples et complexes.

En effet, comme l'explique Caroline Desprès, dès octobre 2011, dans une publication de l'IRDES (*Questions d'économie de la santé* – n°169), le renoncement aux soins ne peut être approché qu'avec l'aide d'outils de l'analyse socio-anthropologique, l'économétrie et avec de la méthodologie des enquêtes. En mars 2012, elle conclut un rapport sur cette thématique en écrivant « *Au final, l'approche par le renoncement aux soins apparaît intéressante car, reposant sur la subjectivité de l'individu, elle le positionne comme acteur de sa prise en charge et non comme objet* ».

En mai 2014, l'IRDES dans sa publication *Question d'économie de la santé* – n° 148, à partir des premiers résultats de l'Enquête santé et protection sociale de 2012, estime que près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. Parmi ces personnes, 24 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optiques contre 15 % pour les bénéficiaires de la CMU et moins de 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé (hors CMU-C). Par ailleurs, les personnes appartenant aux 20 % de ménages les plus pauvres sont 15 % à déclarer un renoncement pour raisons financières à des soins d'optiques, quatre fois plus que celles appartenant aux 20 % de ménages les plus riches (3,6 %).

Ces chiffres seront d'ailleurs repris par le Conseil de l'Ordre National des Médecins (Newsletter n°35, mai-juin 2014) dans un dossier intitulé « *Accès aux soins et précarité. La situation se dégrade* ».

<sup>2</sup> Thèse de Master 2 dirigée par Philippe Warin (CNRS), écrite en collaboration avec Jean-Jacques Moulin (Cetaf), l'Association de gestion des centres de santé (AGECSA) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE).



À souligner que même si les notions sont différentes depuis la loi n° 2016-41 sur la modernisation de notre système de santé, l'article 85 confie aux Ordres professionnels l'évaluation des refus de soins.

En juillet 2015, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), précise, dans le numéro 46 des *Dossiers Solidarité et Santé*, que le niveau du taux de renoncement pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question adoptée avec des écarts de 15 points entre les deux formulations proposées par l'étude et est également lié à d'autres aspects du mode de collecte.

Toutefois, la comparaison des taux de renoncement, selon les caractéristiques des parcours, permet de mettre à jour, par exemple, un taux plus élevé pour les personnes non couvertes et un rôle protecteur de la CMU-C.

Attentif à ces résultats, depuis décembre 2012, l'Assurance maladie, en partenariat avec ODENORE, PACTE, CURS et l'Université de Grenoble, a conduit une enquête reposant sur un diagnostic quantitatif de renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance Maladie, en mars et avril 2016, qui met en évidence que le renoncement aux soins n'est pas un phénomène marginal, à savoir plus d'un quart de la population enquêtée déclare avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois.

Nommé fin 2014 à la tête de l'Assurance Maladie, Nicolas Revel a proposé de poursuivre la démarche PLANIR et de généraliser à toutes les CPAM, les PFIDASS en appui de celle-ci d'ici la fin de l'année 2018. C'est ce qui est inscrit dans la COG 2018-2022 négociée entre l'État et l'Assurance Maladie.

Pour autant, si cette décision va dans le bon sens pour l'accès au curatif, reste celui concernant la prévention pour lesquels les CES de l'Assurance Maladie, ont un grand rôle à jouer. Une enquête qualitative, de novembre 2017 de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne Rhône-Alpes (ORS), souligne notamment l'importance du repérage, de l'information, de la facilitation des démarches, des liens avec les institutions et les professionnels, de la nécessaire coopération entre les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé pour lutter contre le renoncement aux soins et plus encore pour les populations précaires.

#### IV- De la nécessaire implication du CETAF et des Centres d'examens de santé pour favoriser l'accès aux soins

Le 20 juillet 1992, un arrêté relatif aux examens périodiques de santé précise les catégories prioritaires de consultants à inviter dans les Centres de l'Assurance Maladie dans la mesure où elles ne bénéficient pas, par ailleurs, d'une surveillance médicale au titre d'une législation particulière :

1. Ayants droit inactifs âgés de plus de seize ans ;
2. Demandeurs d'emploi et leurs ayants droit ;

3. Personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit ;
4. Titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit ;
5. Autres assurés inactifs et leurs ayants droit ;
6. Populations exposées à des risques menaçant leur santé définies par l'arrêté programme du Fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires.

Créé en 1994 par la CNAMTS et l'Association régionale pour le progrès des conditions de la santé et de la vie, le CETAF, en appui au pilotage des CES par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, va contribuer à la mise en œuvre de ce texte.

Dès 1998, le score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé), indicateur de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité, va fournir un outil de repérage des personnes vulnérables qui, tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité, présentent les mêmes risques en matière de santé.

La méthode de passation de ce score, qui respecte la confidentialité des informations pour les consultants, permet aux CES un repérage en première intention et pour mieux prendre en charge les personnes vulnérables au cours de l'EPS.

Ce score, qui offre une meilleure connaissance des populations reçues dans les CES, a permis de construire des partenariats avec des institutions et structures recevant des populations vulnérables, fragilisées ou éloignées du système de santé pour les inviter à passer un examen de prévention en santé dans les Centres de l'Assurance Maladie.

Au contact de ces populations, le CETAF, via les CES, a dû très rapidement se confronter au problème du renoncement à la santé (secteur curatif et surtout secteur préventif).

## **Les CES et le Parcours Santé Jeune**

La population jeune est une cible à forts enjeux pour l'accès aux droits et aux soins compte-tenu de ses caractéristiques. Agir à titre préventif auprès des jeunes, permet de contribuer à réduire et prendre en charge les renoncements aux soins de cette population. C'est dans cette perspective que le Parcours Santé Jeune a été mis en place.

Les CES ont une place centrale dans le Parcours Santé Jeune comme indiqué dans la lettre-réseau DDO-45/2016 : « Ce parcours correspond à une structuration plus globale de la démarche d'accès aux droits et aux soins, incorporant une offre de bilan de santé, un suivi post-bilan de santé, une offre prévention sous forme d'ateliers thématiques ainsi qu'un accompagnement social ». « Le Parcours Santé Jeunes relève tout d'abord d'une coopération interne entre les CPAM – services administratifs et centres d'exams de santé- et le Service Social CARSAT/CRAMIF ».

L'examen de prévention en santé vise à répondre, dans une approche globale de la santé, aux besoins spécifiques de santé des jeunes âgés de 16 à 25 ans, telles qu'elles apparaissent dans les recommandations émises pour ce public. Cette offre peut être également complétée par des offres collectives en éducation en santé spécifiques au public jeune.



## Les CES et les plateformes PFIDASS

L'examen de prévention en santé et ses différents temps d'échanges constituent un moment privilégié pour aborder la question de l'effectivité de l'accès aux soins dont les renoncements aux soins.

Les orientations vers la PFIDASS par les CES concernent plus spécifiquement (LR-DDO-66/2017):

- ▼ l'aide à la levée des freins économiques à la bonne réalisation des soins (dentaire, optique et audio prothèse notamment),
- ▼ l'accompagnement vers une couverture assurantielle complète,
- ▼ une aide à s'inscrire dans un parcours de soins fondé sur le recours à un médecin traitant.

La PFIDASS peut également orienter vers le CES les assurés les plus éloignés du système de santé afin qu'ils bénéficient d'un examen de prévention en santé.

## V- Les travaux partenariaux conduits par le CETAF sur le renoncement aux soins et à la santé

### V-1/ Travaux menés auprès des bénéficiaires de la CMU-C en partenariat avec le Fonds CMU

Les CES sont des lieux privilégiés de rencontre et d'observation des bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les bénéficiaires de la CMU-C représentaient en 2010 autour de 14 % de la population reçue dans les centres d'examen de santé alors que les bénéficiaires de la CMU-C ne comptaient au total que pour 5,8 % de la population française.

#### Le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

Une enquête sur le non-recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C a été menée fin 2010 au sein de 20 centres d'examen de santé, auprès de 4 500 bénéficiaires de la CMU-C de plus de 18 ans, par auto questionnaire. 62,5 % des personnes étaient bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 30,7 % depuis moins d'un an.

Les résultats ont montré :

- ▼ Plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C avait renoncé à des soins pour des raisons financières, mais le bénéfice de la CMU-C faisait objectivement reculer le renoncement aux soins : 32,1 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 45,5 % des bénéficiaires depuis moins d'un an.

- ▶ **Le non recours pour raisons financières (25,7 % des renoncements) se produisait le plus souvent avant même d'avoir consulté** : Ces bénéficiaires totalisaient les deux tiers des renoncements pour raisons financières (66,2 %). Par ailleurs, la méconnaissance des droits (« ce que la CMU-C allait prendre en charge ») était un des obstacles exprimés par près de 20 % des bénéficiaires de la CMU-C qui avaient renoncé pour des raisons financières.
- ▶ **Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière constituaient les principaux obstacles financiers**
- ▶ **Le renoncement portait essentiellement sur les médicaments, le dentaire et les consultations de spécialistes**
- ▶ **Le renoncement aux soins pouvait avoir des raisons autres que financières** : 23,8 % des personnes déclaraient avoir renoncé pour des raisons autres que financières. Les motifs les plus fréquemment cités pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis au moins un an, étaient les délais de rendez-vous trop importants, le manque de temps, les soins pas jugés utiles et le refus de la part du professionnel, des problèmes de rupture lors du renouvellement de la CMU-C.

### **Indicateurs de non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C**

Le partenariat consiste à produire annuellement et suivre au cours du temps des indicateurs de non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

Quatre indicateurs sont étudiés : la santé perçue, le score EPICES, le non recours au médecin et le non recours au dentiste. Les évolutions au cours du temps sont analysées depuis 2000 ainsi que les évolutions des écarts entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires de la CMU-C issus de la population des consultants des Centres d'examen de santé de 16 ans et plus ayant passé un examen de santé depuis 2000.

### **V-2/ Le non recours aux soins des actifs précaires – Recherche financée par Agence nationale de la recherche (ANR)**

Une recherche a été menée en partenariat avec ODENORE sur le non recours aux soins des actifs précaires. L'interrogation initiale portait sur les relations entre absences de suivi médical ou renoncements aux soins, et cumul de précarités d'emploi, de revenus, dans le travail et la protection sociale.

Elle a été réalisée à partir des données issues des examens de santé réalisés auprès des personnes de 16 à 59 ans ayant passé un examen de santé entre 2002 et 2005 dans les CES. L'étude portait sur 1 427 431 consultants. Elle a été complétée par des travaux qualitatifs réalisés à un niveau régional, menés auprès de consultants de certains centres d'examen de santé (150 entretiens semi-directifs).

Le non recours aux soins a été mesuré à partir de trois variables : absence de consultation médicale au cours des deux ans ; absence de consultation dentaire au cours des deux ans ; absence de suivi gynécologique. Le non-recours a été étudié au sein de sous populations d'actifs précaires (chômeurs de plus de un an, jeunes en insertion professionnelle, bénéficiaires de



la CMU-C, travailleurs avec emploi à temps partiel ou non stable, travailleurs avec emploi stable temps plein avec des problèmes financiers, chômeurs de moins de un an et travailleurs en vulnérabilité sociale selon le score EPICES) et actifs non précaires.

L'enquête a montré que le non recours aux soins n'est pas spécifique aux actifs précaires. Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées, mais dans des proportions variables.

Le phénomène de non recours était globalement associé aux mêmes facteurs quelle que soit la population d'actifs considérée. Dans l'ensemble, le non recours aux soins était fortement associé à l'absence de complémentaire santé et à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus. Les inégalités de recours aux soins relèvent de multiples causes, qui ne proviennent pas seulement des conditions de travail, des revenus et des modes de vie, mais aussi de facteurs relatifs à l'environnement social. Deux facteurs ressortaient par l'étude statistique et par les entretiens, l'isolement et la responsabilité familiale.

## VI- De l'idée, à la conception et à la mise en œuvre du projet « informations des consultants »

Proposé par le CETAF à la CNAM, un programme d'information des consultants est mis en œuvre depuis 2010, en articulation avec l'objectif de recrutement de personnes en situation de vulnérabilité sociale. La venue du consultant au CES est un moment privilégié pour assurer une plus large information sur les droits et le bon usage du système de santé.

Le programme s'articule avec l'examen de prévention en santé (EPS) en contribuant à l'information des assurés sur les dispositifs de prévention et plus généralement sur les offres en santé auxquelles l'assuré peut recourir à l'issue de l'EPS. L'information des consultants est réalisée en lien avec la situation individuelle de la personne. Le programme a pour finalités de renforcer l'efficacité de l'EPS en permettant aux assurés éloignés du système de santé d'accéder aux soins et à la prévention par :

- une identification et un repérage des situations de fragilité,
- une information sur les droits et les outils d'information disponibles,
- une orientation dans le système de santé,
- une information sur et /ou une orientation vers les offres en santé de l'Assurance Maladie et les structures locales d'aval du territoire en lien avec les dépistages opérés et/ou les besoins identifiés lors de l'examen périodique de santé.

La démarche repose sur un partenariat interne avec la CPAM et services sociaux de la CARSAT dans une logique de réciprocité, des formations à destination des agents d'accueil, administratifs des CES et également sur une boîte à outils commune à l'ensemble des CES.

L'objectif de cette boîte à outils est de fournir aux personnels des CES des outils pour leur permettre de répondre aux besoins d'information et d'orientation des assurés :

- ▾ d'informer et de renseigner l'assuré sur les droits, sur les offres et structures favorisant l'accès aux soins ou la prévention, en particulier les offres en prévention et d'accompagnement de l'Assurance Maladie (fiches synthétiques pour chaque type d'action ou d'offre, pour exemples : *parcours CMU-C/ACS, contenu de la CMU-C, MT'dents, SOPHIA*),
- ▾ de formaliser un répertoire des structures locales d'aval vers lesquelles les consultants peuvent être orientés.

Cette boîte à outils a également pour objectif de réduire le temps de recherche des personnels d'accueil des CES sur les bases internet des différents partenaires.

## Conclusion

Si certains acteurs de la vie politique pensent qu'il est urgent de redéfinir la protection sociale, d'engager de nouvelles formes de solidarité et mettre en face de nouvelles formes d'accompagnement, la responsabilité des institutions vis-à-vis des citoyens les plus vulnérables est de leur mieux faire connaître leurs droits et de les orienter dans le système de santé tant au niveau préventif que curatif.

Pour ce faire, les informations, les actions individuelles et/ou collectives transmises par les institutions doivent être incitatives et compréhensibles.

L'apport de la littératie et du marketing social sont majeurs dans la réalisation de cet objectif, c'est pourquoi, le CETAF en lien avec la CNAM et d'autres structures investissent ces champs.

Il est temps de rendre la société et l'action des institutions plus inclusive vis-à-vis de nos citoyens, des plus jeunes au plus âgées et ce, en leur proposant des parcours leur permettant d'être plus acteurs de leur santé.



# L'évaluation de l'impact d'expérimentations en matière d'accès et de recours aux soins des jeunes dans le cadre du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse



**Par Axelle Charpentier, Cheffe de projet recherche Département d'économie, Sciences Po Paris**



**Laëtitia Drean, Chargée d'évaluation Ministère des Affaires étrangères**



**Norbert Rugambage, Chef de projet Département d'économie, Sciences Po Paris**

## Introduction

La bonne performance du système de santé français dans les classements internationaux masque des inégalités sociales et territoriales. Celles-ci frappent certaines franges de la jeunesse déjà en proie à de grandes difficultés, et participent à un processus cumulatif handicapant leur insertion sociale et professionnelle.

Des études, assez rares, ont été menées sur la santé des jeunes en insertion (définis ici comme des jeunes peu ou pas diplômés, qui présentent des difficultés d'insertion sociale et professionnelle et qui constituent le public cible des Missions locales). Elles rendent compte d'un état de santé dégradé par rapport aux jeunes de leur âge (voir Moulin et al. (2009), par exemple). Les jeunes précaires déclarent plus de violences subies, de discriminations, un environnement familial plus instable que l'ensemble des 16-25 ans dans la population française. Leur souffrance psychologique est particulièrement frappante. Leur accès aux soins est également moins bon : n'ayant pas pleinement conscience de leurs besoins de santé, ils ont tendance à différer cet investissement dans leur capital santé.



Certaines expérimentations soutenues dans le cadre du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ) ont proposé un accompagnement social et/ou médical afin de lever les freins de type informationnel (optimisation de la couverture maladie, prise de conscience des besoins de santé) expliquant pour partie le faible recours aux soins. D'autres projets soutenus par le FEJ se sont concentrés sur les barrières psychosociales, en faisant intervenir des « médiateurs » ou « passeurs » (professionnels de santé ou pairs) pour ramener vers les structures de soins les jeunes les plus éloignés des institutions et promouvoir des messages de prévention auprès de jeunes peu réceptifs aux formes les plus traditionnelles de sensibilisation.

Ces expérimentations ont livré des données inédites sur l'accès et le recours aux soins des jeunes précaires. Elles ont également produit des résultats utiles à l'orientation des politiques publiques. La contribution s'appuie sur une analyse comparée de onze évaluations. Après avoir décrit le cadre général dans lequel celles-ci se sont inscrites (I.), elle présente des données inédites tirées des expérimentations du FEJ (II.) et propose des pistes d'action prometteuses fondées sur l'observation empirique (III).

## I- Le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse et la promotion du recours à des évaluations d'impact quantitatives

Le FEJ a été créé en 2008 pour financer des actions innovantes en faveur des jeunes, mises en œuvre à une échelle limitée. Dès son lancement, chaque expérimentation associe une structure porteuse d'un projet à un évaluateur indépendant. L'objectif est ainsi de connaître les effets des projets et d'orienter les politiques publiques vers les dispositifs les plus efficaces. Au total, plus de 700 projets d'une durée moyenne d'environ deux ans ont été initiés.

### I-1/ La promotion de l'expérimentation sociale et le modèle des évaluations

Une singularité du FEJ a été la promotion des évaluations d'impact quantitatives<sup>1</sup>. Le rôle premier d'une telle évaluation est de fournir des preuves solides quant à l'efficacité d'un programme<sup>2</sup>. Les résultats obtenus par une approche statistique doivent permettre de répondre à la question suivante : quels changements observés sur les bénéficiaires peuvent être *directement et exclusivement* attribués au programme lui-même ? Pour fournir une réponse crédible, les évaluateurs doivent répondre à une autre question : *quelle aurait été la situation des bénéficiaires en l'absence du programme* ? L'impact s'entend donc ici au sens fort, puisqu'il s'agit de

- 1 Cela ne signifie pas qu'il n'a pas soutenu d'autres démarches. L'expérience a au contraire conduit à préciser l'intérêt attendu de protocoles d'observation qualitatifs pour documenter et apprécier la mise en œuvre d'un nouveau programme.
- 2 Dans ce qui suit, on utilise alternativement et sans distinction particulière les termes « programme », « politique », « intervention » et « dispositif » pour désigner l'action nouvelle expérimentée (par opposition au droit commun).

la différence entre la situation observée chez les bénéficiaires après l'intervention et la situation qui aurait prévalu chez ces mêmes bénéficiaires sans l'intervention.

Prenons l'exemple d'un programme d'accompagnement social et médical des jeunes dans leur recours aux soins. La mesure de son impact nécessiterait de comparer, plusieurs mois après l'intervention, la situation des bénéficiaires (en termes de consultations de médecins, d'actions de prévention, par exemple) à celle d'individus *exactement semblables* mais n'ayant pas été accompagnés.

Une méthode d'évaluation *naïve* consisterait à comparer la situation des jeunes accompagnés, après l'intervention, avec leur situation initiale, avant l'introduction du programme, mais cette comparaison ne permettrait pas d'exclure les facteurs agissant de manière concomitante au dispositif évalué. Certains bénéficiaires pourraient avoir évolué de manière totalement indépendante du programme expérimenté. De même, il serait incorrect de comparer le recours aux soins de santé des bénéficiaires avec celui d'un groupe d'individus à qui l'on n'aurait pas proposé de participer au programme ou qui l'auraient refusé. Il n'y a en effet aucune raison de penser que les jeunes de ces différents groupes présentent les mêmes caractéristiques initiales. Les jeunes qui ont fait le choix de participer au programme sont peut-être également les plus soucieux de leur santé. Aussi, même sans l'intervention, ils auraient eu plus de chances de consulter un praticien de santé. *A contrario*, on pourrait imaginer que les professionnels prescripteurs du programme aient proposé l'accompagnement aux jeunes pour lesquels ils anticipaient le plus de difficultés en termes de recours. Dans ce cas, la mesure de l'effet sous-estimerait l'impact du programme.

Pour s'affranchir de ces biais de « sélection », une méthode consiste à tirer au sort, parmi les jeunes éligibles au programme, ceux qui sont orientés vers le programme (groupe test) et ceux qui sont orientés vers le droit commun (groupe témoin)<sup>3</sup>. Si les échantillons des groupes test et témoin sont sélectionnés au hasard au sein d'une même population-mère et que les effectifs de ces échantillons sont suffisamment grands, alors il n'y aura pas de différence systématique entre les deux groupes, avant l'intervention. La loi des grands nombres permet d'équilibrer les caractéristiques des deux groupes en moyenne, y compris les caractéristiques non observables (*i.e.* non mesurables et dont il est très difficile d'isoler l'effet dans la mesure de l'impact). Il devient ainsi possible de mesurer l'effet propre du programme en comparant la situation des jeunes accompagnés avec celle des jeunes du groupe témoin.

Cette méthode d'évaluation faisant appel à des protocoles d'expérience dite *contrôlée* (ou *randomisée*), inspirés des essais cliniques en médecine, a été utilisée dès la fin des années 1960 aux États-Unis pour évaluer l'efficacité des programmes sociaux. Elle a connu un essor considérable au cours des dix dernières années, notamment dans le domaine de l'économie du développement<sup>4</sup>. L'intérêt de la méthode est tant scientifique que politique : scientifique, car elle fournit un outil rigoureux pour identifier un effet *causal*, et politique, car le moyen technique utilisé est relativement simple et favorise l'appropriation des résultats par un public non spécialiste (Zamora, 2011).

3 Voir Behaghel (2006) pour une introduction aux autres méthodes quantitatives (non expérimentales) qui peuvent être mobilisées pour mettre en évidence des relations causales.

4 Voir Levitt, List (2008), Banerjee, Duflo (2009) pour une revue de la littérature.



En France, le FEJ a joué un rôle important dans la promotion de cette méthode, notamment dans le champ des politiques scolaires (Gurgand et Valdenaire, 2012). D'autres expériences contrôlées d'envergure nationale ont porté sur l'insertion professionnelle et l'autonomisation des jeunes. C'est le cas, par exemple, de l'opération « 10 000 permis pour réussir », ou encore, le Revenu contractualisé d'autonomie (RCA) dont l'évaluation a nourri les travaux destinés à préciser les contours de la Garantie Jeunes.

## **I-2/ La formation des projets soutenus par le FEJ et portant sur l'accès et le recours aux soins des jeunes précaires**

Différentes raisons peuvent expliquer le faible accès et recours aux soins des jeunes les plus en difficulté. Ceux-ci peuvent être peu réceptifs aux messages qui leur sont dédiés. Des barrières psychosociales pourraient les empêcher de consulter un professionnel de santé. Un déficit d'information sur les droits auxquels ils pourraient prétendre pourraient les amener à penser que se soigner coûte forcément cher. Il y a enfin la dimension financière : le décalage dans le temps entre l'avance des frais et le remboursement.

Par les comportements à risque qu'il implique ou les capacités qu'il limite, l'état de santé fait obstacle à l'insertion socioprofessionnelle des jeunes les plus en difficulté. C'est à partir de ce constat que les pouvoirs publics ont mis à l'agenda la prise en compte de la dimension santé dans les parcours d'insertion, avec la signature, en 2006, d'une « Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle » entre le gouvernement et le Conseil national des Missions locales. Les objectifs visés étaient les suivants : améliorer l'accès aux soins et à une couverture sociale pour les jeunes ; garantir l'accueil et l'écoute des jeunes en souffrance psychologique, ainsi que le recours aux soins de santé mentale, le cas échéant ; et, développer les actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes.

Les projets innovants soutenus par le FEJ ont repris cette ligne directrice en balayant un répertoire diversifié d'actions. Des méthodes innovantes de prévention et d'éducation pour la santé visaient ainsi à favoriser la transmission de messages de santé auprès des jeunes, pour agir en complément des formes traditionnelles de prévention. Un autre registre d'actions mettait l'accent sur le renforcement de l'accès aux droits et aux soins des jeunes de plusieurs manières. Certains projets cherchaient à faciliter l'accès financier et administratif aux droits, d'autres proposaient un accompagnement social et/ou médical aux jeunes les plus en difficultés ou apportaient une écoute et une prise en charge au plus près des besoins et lieux de vies des jeunes.

Ils étaient, dans certains cas, fondés sur la mise en œuvre de partenariats et d'actions nouvelles ou consistaient parfois à transformer, étendre ou intensifier les démarches d'acteurs déjà impliqués. Les projets s'articulaient autour de partenariats entre différents acteurs : Missions locales, associations et collectivités territoriales.

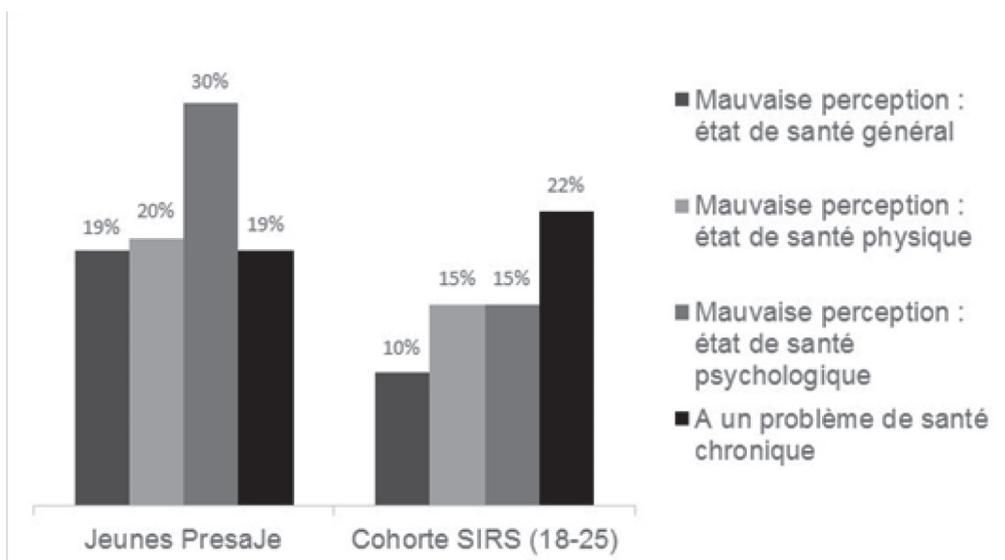
## II- Des données inédites permettant un diagnostic détaillé de l'état de santé des jeunes en insertion

Les dispositifs expérimentés et évalués dans le cadre du FEJ ont fourni des éléments précieux permettant de documenter l'accès et le recours aux soins des jeunes, ainsi que la perception de leur état de santé. Parce qu'elles s'appuyaient sur des enquêtes de grande ampleur, certaines évaluations, à l'image de celle du projet « PresaJe », ont livré des données inédites offrant un diagnostic détaillé de l'état de santé des jeunes précaires, leur rapport au système de soins et la connaissance de leurs droits en matière de santé (Beck et al., 2014).

### II.1/ Une perception dégradée de leur état de santé...

L'évaluation du projet « PresaJe », menée par une équipe de chercheurs du Centre de recherche en économie et statistique (CREST), a interrogé 1 500 jeunes suivis par des Missions locales (Clichy-sous-Bois, Sénart, Poitiers, Reims et Toulouse) qui disposaient d'un « point santé » avec un médecin. Elle rend compte de la perception dégradée de leur état de santé et met en évidence leur souffrance psychologique. Le graphique ci-après compare les jeunes de l'échantillon « PresaJe » avec des jeunes de leur âge (18-25 ans), de la cohorte SIRS.

Graphique 1 – La perception dégradée de l'état de santé des jeunes les plus en difficulté



Source : Beck et al. (2014) pour les données caractérisant les jeunes de l'échantillon « PresaJe » ; cohorte SIRS 2005 pour les données caractérisant les jeunes du même âge, mais non précaires.

Près d'un tiers des jeunes en Mission locale se déclarent en mauvais état de santé psychologique, soit deux fois plus que les autres jeunes de leur âge de la cohorte SIRS. Cette détresse psychique des jeunes suivis dans les Missions locales est également documentée dans l'évaluation de l'expérimentation « Relais Santé Jeunes », portée par la Mission locale du



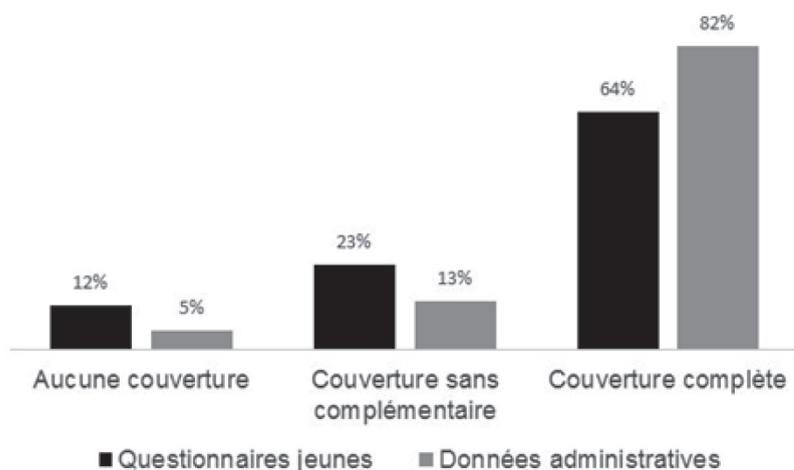
Cœur d'Hérault, qui souligne le besoin d'écoute et d'échanges des jeunes accueillis au relais santé. Ces données rejoignent le diagnostic établi par l'enquête 2009 du CETAF menée auprès de jeunes fréquentant les Missions locales et les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie : dans cette étude, les jeunes interrogés couraient 1,5 fois plus de risques d'être en situation de mal-être par rapport aux jeunes de leur âge en CDI. Rapporté à cette même population de jeunes actifs, le public des Missions locales était deux fois plus nombreux à reporter une tentative de suicide (16 % contre 8 % chez les jeunes actifs en CDI).

## **II-2/ ... mais un moindre recours aux soins**

Malgré un état de santé globalement moins bon que celui des jeunes en général et la présence d'un professionnel de santé à la Mission locale, les jeunes de l'échantillon « *PresaJe* » ont moins souvent recours aux soins courants : les trois quarts d'entre eux ont consulté un médecin généraliste l'année précédant l'enquête, un taux inférieur à la moyenne nationale puisque, selon l'enquête décennale santé 2002-2003 de l'INSEE, le taux de recours à un médecin généraliste était de 82 % en moyenne pour les 18-29 ans. Les jeunes « *PresaJe* » ont consulté en moyenne 3,36 fois un médecin généraliste ; un chiffre qui coïncide avec les moyennes nationales de l'INSEE. Les jeunes des Missions locales consultent moins les médecins spécialistes relativement aux autres jeunes de leur âge : 49 % des jeunes « *PresaJe* » ont consulté un spécialiste, avec en moyenne une visite annuelle, ce qui est à nouveau en dessous de la moyenne nationale.

Près d'un jeune sur dix de l'échantillon « *PresaJe* » déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières l'année précédente de l'enquête, 9 % reportent n'avoir aucune couverture maladie et seulement 58 % déclarent avoir une couverture complète (base et complémentaire). La comparaison des informations collectées auprès des jeunes des Missions locales et des données fournies par l'assistance sociale (présentée dans le Graphique 2) révèle que les jeunes se pensent nettement moins bien couverts qu'ils ne le sont réellement.

Graphique 2 – Une couverture maladie incomplète et mal connue



Source : Beck et al. (2014).

Ces statistiques mettent en évidence un frein de nature informationnelle dans le recours aux soins : les jeunes précaires méconnaissent leurs droits en matière de santé. Un second frein plus difficile à appréhender est de nature socioculturelle. Un ensemble de normes et de représentations peuvent expliquer leur moindre recours aux soins. Ainsi, plus d'un jeune sur deux dans l'échantillon « PresaJe » exprime un rapport distancié avec la médecine, mesuré à partir d'un indice agrégeant les réponses de quatre questions : « Ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade » ; « La maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin » ; « La médecine a des réponses efficaces pour tous les problèmes de santé » ; « Personnellement, j'ai confiance dans le système de santé ». L'enquête révèle également un déficit de connaissances en matière de santé et des pratiques suggérant une sous-valorisation de leur capital-santé : seuls 44 % reportent des actions visant à entretenir leur santé, et 29 % d'entre eux déclarent ne pas avoir de médecin régulier.

## II- Les leviers pour favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion<sup>5</sup>

Le FEJ a soutenu 27 expérimentations en matière de santé en direction des publics jeunes fragiles et des adultes qui les encadrent. Elles ont été portées principalement par des associations (15 projets), des Missions locales (6 projets), des collectivités territoriales (4 projets) et des structures privées (2 projets). Abondant au diagnostic selon lequel le rapport des jeunes à leur santé et au système de soins procède de logiques multifactorielles (statuts socio-économiques, lieu et mode de résidence, connaissance des droits, estime de soi, disponibilité et accessibilité de l'offre de soins), le FEJ a soutenu des dispositifs activant différents leviers afin d'encourager

<sup>5</sup> Cette partie s'appuie sur le travail de synthèse des auteurs publié dans le JES 31 de l'INJEP, « Les leviers pour favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion ».



le recours aux soins et renforcer l'efficacité des messages de prévention. Les résultats de ces expérimentations attirent l'attention sur les pistes d'action à développer ainsi que les limites inhérentes aux projets et à leurs conditions de réalisation.

### **III-1/ Assouplir les contraintes administratives et financières perçues par les jeunes**

Comme mentionné précédemment, des problèmes de nature informationnelle peuvent être à l'origine des comportements de non-recours observés chez les jeunes les plus en difficulté. Ainsi, l'un des dispositifs expérimentés dans le cadre du projet « PresaJe » faisait intervenir un travailleur social en charge d'optimiser la couverture maladie des jeunes (couverture maladie universelle et couverture maladie universelle complémentaire, en cas d'éligibilité) et de les informer sur le fonctionnement des droits et des procédures de remboursement.

Le décalage entre l'avance des frais et leur remboursement reste néanmoins un frein financier majeur. Des projets comme « *P.E.P.S. 34 (Programme d'Expérimentation Plus Soins 34)* », porté par l'Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé Languedoc-Roussillon, ou « *Accès santé jeunes* », porté par le Centre communal d'action sociale de Nice, ont cherché à lever la contrainte financière pesant sur l'accès aux soins, en mettant en place un tiers payant. L'évaluation du projet « *P.E.P.S. 34* » montre qu'une telle initiative, pour être efficace, nécessiterait d'associer des facilitations financières à une simplification administrative du dispositif d'affiliation aux différents régimes d'assurance-maladie. Une autre condition de réussite de ces projets réside dans la dynamique partenariale engagée par les expérimentateurs avec les institutions et structures telles que la CNAM. Les évaluations soulignent que les ressources informationnelles, financières ou l'accompagnement des dispositifs de tiers payant sont parfois insuffisamment exploités par les partenaires, faute de lisibilité.

### **III-2/ Accompagner les jeunes et délivrer une information personnalisée**

Le projet « PresaJe » cherchait à déterminer le poids relatif des freins financiers/administratifs et des « biais cognitifs » (croyances erronées, sous-estimation des risques) dans le sous-investissement des jeunes en matière de santé. Des représentations biaisées peuvent en effet conduire les jeunes à sous-estimer l'importance de préserver et d'investir dans leur capital-santé. Ils reportent ainsi à plus tard les actes de prévention. L'intervention d'un professionnel de santé permettrait d'atténuer de tels biais, en suscitant une prise de conscience des jeunes sur leurs besoins de santé. Pour ce faire, le protocole d'évaluation a mobilisé la méthode expérimentale décrite dans la Partie I-2.

Un groupe de jeunes fréquentant les Missions locales a été tiré au sort pour être orienté vers une assistante sociale afin de bénéficier d'une optimisation de leurs droits sociaux. Un autre groupe de jeunes similaires a été tiré au sort pour bénéfi-

cier de cet accompagnement social, combiné à une rencontre avec un médecin de la Mission locale, pour une consultation de diagnostic, de prévention, voire d'orientation. Les deux groupes ont davantage fait valoir leurs droits en matière de santé, mais seul l'accompagnement médical combiné à l'accompagnement social a augmenté la proportion de jeunes déclarant un médecin traitant (+ 8 %). Mais l'effet le plus marquant concerne les consultations en psychologie qui doublent chez les jeunes bénéficiaires du double accompagnement, soulignant au passage l'enjeu de la prise en charge de la souffrance psychologique des jeunes en insertion. Enfin, les résultats d'évaluation suggèrent également que les bénéficiaires de l'accompagnement social et médical se sont remobilisés en termes d'insertion professionnelle, puisqu'ils sont plus nombreux à s'être inscrit en formation. Une interprétation possible de ce résultat serait que les jeunes dotés d'une meilleure connaissance de leur état de santé et pouvant se positionner comme acteurs de leur santé pourraient également s'engager de manière plus sereine dans une formation.

De manière générale, les résultats des évaluations du FEJ plaident pour la création d'espaces « santé » dans les missions locales informant sur les droits liés à la santé et proposant des temps d'écoute, en amont d'un suivi médical. En filigrane, la relation de confiance qui se noue entre les jeunes et le professionnel chargé de les accompagner et de les orienter apparaît comme déterminante dans la mise en œuvre d'une démarche d'éducation pour la santé et de recours aux soins des jeunes précaires.

### III-3/ Des équipes mobiles contre la souffrance psychique

Le projet « Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes », porté par l'Association régionale des missions locales de Bourgogne, proposait l'intervention de psychologues intégrés aux missions locales. L'approche neutre de ces professionnels de santé a permis d'activer chez certains jeunes des leviers socioculturels de recours aux soins en santé mentale : les jeunes soulignent l'écoute et le soutien dont ils bénéficient, qui ont pour effet de favoriser leur confiance en soi, leurs compétences interpersonnelles et leur capacité à évoluer de manière autonome. L'investissement que les jeunes perçoivent chez les psychologues permet de faire évoluer leur propre expérience de la relation de soins. Les formes d'empathie et d'écoute mobilisées par les professionnels tendent à lever les craintes de stigmatisation associées à la santé mentale. Certains jeunes peuvent néanmoins se montrer rétifs, vivant « *l'orientation vers le psychologue [...] comme une façon d'étouffer la révolte éprouvée face aux dysfonctionnements de la société* ».

Les expérimentations se sont interrogées sur les modalités d'« accrochage » des jeunes les plus marginalisés, mais peut-être également les plus en besoin de soins de santé mentale. Certains projets ont ainsi fait intervenir des « médiateurs » (comme une « psychologue de rue » dans le projet porté par le CCAS de Besançon), dans une démarche d'« aller-vers » pour toucher les jeunes les plus éloignés des institutions. L'antenne mobile d'insertion, d'écoute et de soutien (AMIES) créée par la Maison des adolescents (MDA) de la Corrèze a aussi reposé sur le principe d'une intervention « hors les murs » pour prévenir et traiter la souffrance psychique de publics scolaires en milieu rural.

En réponse aux inégalités territoriales renforcées par les difficultés de déplacement, le projet AMIES propose de faire intervenir, sur sollicitation des infirmières scolaires et des assistantes



sociales, des équipes mobiles de la MDA, mettant en avant un binôme psychologue/travailleur social, auprès des jeunes présentant un mal-être. Pour l'évaluateur, la plus-value du dispositif est d'apporter des réponses rapides, prévenant ainsi l'aggravation des situations. Elle repose sur une conception du soin moins institutionnalisée favorisant l'adhésion des jeunes. L'enjeu pour les professionnels scolaires est alors de se qualifier sur l'écoute et le repérage de la souffrance psychique, en côtoyant les équipes mobiles.

### **III-4/ Impliquer les pairs dans les démarches d'éducation et de prévention**

Certains projets ont mis en œuvre des démarches d'éducation pour la santé par les pairs, en faisant appel à des jeunes volontaires pour transmettre des messages de santé à d'autres jeunes et valoriser auprès d'eux des comportements et représentations favorables à leur santé. Cette approche, préconisée par le livre vert « Reconnaître la valeur de la jeunesse », propose une alternative aux actions de prévention et de d'éducation portées par les professionnels, auprès desquels certains jeunes se sentent stigmatisés. Il n'existe pas d'étude d'impact rigoureuse permettant de comparer l'efficacité relative des actions menées par les pairs et les professionnels. Les experts plaident cependant en faveur de programmes favorisant l'implication des jeunes dans les apprentissages et jouant sur le développement d'un sentiment de « pouvoir agir », renforcé par la proximité entre les pairs et les autres jeunes visés (voir, par exemple, Amsellem-Mainguy, 2014).

C'est le cas, par exemple, de la démarche « E.S.PAIR. » (Éducation Santé par les PAIRs) reposant sur quatre projets menés en milieu rural et urbain (Allier, Côtes d'Armor, Côte d'Or et Somme) et qui visaient à susciter l'implication de jeunes en insertion et de publics scolaires dans une démarche de transmission d'information (on parle alors de pairs « multiplicateurs »). En milieu scolaire, les pairs lycéens ont permis une activation des ressources en santé existantes en interne (établissement scolaire) comme en externe (MDA, planning familial, etc.). L'évaluateur de la démarche « E.S.PAIR. », souligne plus particulièrement les effets du dispositif sur les « passeurs » eux-mêmes. Les jeunes pairs acquièrent, avant tout, des compétences psychosociales de nature à favoriser leur insertion sociale et professionnelle : « *[L']amélioration des relations personnelles et du sentiment d'utilité et de reconnaissance sociale sont importantes à souligner. [C]es deux dimensions permettent aussi une amélioration de la confiance et de l'estime de soi, considérées comme des éléments centraux dans les dynamiques de santé [et] d'insertion sociale* ». Le rôle des adultes reste indispensable pour accompagner les jeunes pairs dans le rôle de relais des messages d'information sur la santé. Comme le souligne l'évaluateur, certains projets pourraient être tentés de faire intervenir les jeunes dans le rôle de pairs « entraînants » (une fois formés au repérage, au conseil et à l'orientation), mais ce type de démarche pourrait ne pas être compatible avec la situation des jeunes en insertion.

## Conclusion

La dernière enquête nationale menée par la DREES sur la santé des élèves de CM2 soulignent le poids de l'origine sociale sur la santé des élèves (Guignon, 2017). La surcharge pondérale et l'obésité touchent plus souvent les enfants d'ouvriers (respectivement, 22 % et 6 %) que ceux des cadres (respectivement, 13 % et 1 %). Les enfants issus des familles favorisées se distinguent également par le développement de comportements plus favorables à la santé. Le constat des inégalités sociales de santé établi en milieu scolaire est également observé parmi les collégiens de 3<sup>e</sup> (Chardon et Guignon, 2014).

Ce diagnostic appelle les politiques publiques à agir sur les inégalités sociales de santé dès le plus jeune âge, d'une part, et à maintenir un continuum de prévention et de soin tout au long de la vie, d'autre part. Les évaluations des expérimentations du FEJ ont d'ailleurs mis en évidence la nécessité de prévenir les ruptures de droits des jeunes à des moments de leur vie où leurs lieux de résidence et leurs statuts évoluent rapidement. La coordination insuffisante entre les acteurs et les institutions sociales et de santé peut être également préjudiciable à l'accès aux professionnels de santé et à la continuité de la prise en charge des soins. À cet égard, un avis du CESE (2012) soulignait qu'une « *pluralité d'acteurs, aux compétences parfois mal définies, débouche sur une absence de continuum stratégique en prévention pour une partie de la population, notamment les jeunes [...]. Cette difficulté de coordonner l'ensemble des acteurs nationaux et d'articuler leur action avec les acteurs locaux est particulièrement préjudiciable pour certaines pathologies [...]. L'obésité offre à cet égard un exemple éclairant. La prévention nutritionnelle commence très tôt, dès le suivi de la grossesse et au cours de la petite enfance. L'éducation à la nutrition se poursuit tout au long de la vie de l'individu. L'école, l'entreprise, les médias doivent relayer des messages de prévention. Il faut également prendre en compte les facteurs environnementaux. Priorité nationale, l'obésité comporte des spécificités territoriales et appellent donc la mise en place de stratégies globales adaptées* ».

Une étude récente (Euillet et al., 2016) s'est intéressée à une population de jeunes particulièrement vulnérables, les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Elle pointait, entre autres, les risques accrus de rupture d'affiliation à l'assurance maladie lors des changements ou de fin de placement, les difficultés des soignants à comprendre les besoins spécifiques de ces enfants ou encore le rapport distancié de ces jeunes aux soins et à leur santé. Le traitement de ces besoins de santé spécifiques appelle des dispositifs innovants accompagnés d'outils de suivi et d'évaluation à court, moyen et long terme. À cet égard, l'expérimentation du projet « *Presaje* » illustre un protocole réussi en matière d'expérimentation et d'évaluation d'un programme de santé ciblant des jeunes en situation de précarité.



## Bibliographie

Amsellem-Mainguy, Y. (2014), « Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? », *Éducation pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs*, coll. « Cahiers de l'action », n°43, INJEP, pp. 9-16.

Banerjee, A. V. et E. Duflo (2009), « L'approche expérimentale en économie du développement », *Revue d'économie politique*, 119, 691-726.

Beck, S., Crépon, B., Pernaudet, J. et L. Romanello (2014), « PRESAGE : Projet de REcherche sur la SAnté des JEunes », Rapport final d'évaluation, AP2\_76, Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse.

Behaghel, L. (2006), *Lire l'économétrie*, collection Repères Économie, La Découverte, Paris.

Bertolotto, F., (2014), « Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes par le réseau de psychologues des missions locales de Bourgogne », rapport final d'évaluation, AP2\_60, Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse.

Billemont, H. (2012), « Pour l'essaimage d'une Culture Santé chez les 16/25 ans », rapport final d'évaluation, AP2\_118, Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse.

Chardon, O. et N. Guignon (2014), « La santé des adolescents scolarisés en classe de 3ème », *Études et Résultats*, n° 865, février.

Chauvin, P. et I. Parizot (dir.) (2007), *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville*, Études et recherche, Éditions de la DIV.

Costiou, Y. et S. Vergniory (2012), « t'as la tchache », rapport final d'évaluation, AP2\_129, Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse.

Droin, N. (2013), « Prévenir le risque d'exclusion des jeunes des dispositifs d'accès aux soins (13/25 ans) », Rapport final d'évaluation, AP2\_176, Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse.

Etienne, J.-C. et C. Corne (2012), « Les enjeux de la prévention en matière de santé », Avis du Conseil économique, social et environnemental adopté le 14 février 2012.

Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P. et N. Séverac (2016), « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », Rapport de recherche pour le Défenseur des Droits et le Fonds CMU.

Guignon, N. (2017), « La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale », *Études et résultats*, DREES, n°993, février.

Gurgand, M. et M. Valdenaire (2012), « Le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse et les politiques éducatives : premier retour d'expérience », *Éducation & formations*, n°81.

Inserm (dir.) (2001), *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes, rapport d'expertise collective.*

Ledésert, B. (2014), « P.E.P.S. 34 : Programme d'expérimentation Plus Soins 34 », Rapport final d'évaluation, AP2\_201, Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse.

Legrand, E. (2012), « ESPAIR : Éducation Santé par les PAIRs », Rapport final d'évaluation, Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse.

Levitt, S. et J. List (2008), "Field experiments in economics: The Past, the Present, and the Future", Working paper n°14356, NBER.

Moisy, M. (2013), « Les jeunes conjuguent bonne santé et comportements à risques » in IN-SEE, *France, portrait social.*

Moulin, J., Chatain, C., Niarra, R.-Y., Labbe, E., Catel, P., Berger, D. et L. Gerbaud (2009), « La santé mentale des jeunes en insertion », Rapport d'étude, étude conduite par les Missions locales pour l'emploi et les Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie.

Robert, S., Lesieur, S., Chastang, J., Kergoat, V., Dutertre, J. et P. Chauvin (2017), « Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n°65 (4), pp.265-276.

Ruiz, I. (2012), « Espace Santé Jeunes en Cœur d'Hérault/Relais Santé jeunes », Rapport final d'évaluation, AP2\_50.

Zamora, P. (2011), « La méthode d'évaluation aléatoire : apports et limites », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 11, 175-186.







## Les déserts médicaux

Par **Matthieu Frélaud**, *Directeur de la CPAM de l'Orne*



Diplômé de l'EN3S, **Matthieu Frélaud** a occupé différents postes à la CPAM de la Marne avant de devenir Directeur de la CPAM de l'Orne.

La question des déserts médicaux et son impact sur l'accès aux soins de la population sont aujourd'hui au centre du débat public. Il s'agit d'abord d'un révélateur des difficultés d'accès aux soins liées aux évolutions de la répartition territoriale des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes de premier recours. C'est également devenu progressivement un concept opérationnel, cadre de mise en œuvre des différentes politiques des pouvoirs publics (collectivités territoriales, État et Assurance Maladie). Enfin, c'est aujourd'hui une réalité perçue par les patients en recherche d'un médecin traitant et ayant des difficultés nouvelles d'accès aux soins. La situation du département de l'ORNE, département rural et vaste est symptomatique de ces difficultés, comme en témoigne la récente mise en œuvre de la PFIDASS.

Il s'agit d'un terme médiatique et galvaudé pour rendre compte d'une partie des difficultés d'accès aux soins de la population.

L'existence de « déserts médicaux » liés essentiellement à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé appelle deux remarques liminaires<sup>1</sup>.

Premièrement, la notion ne renvoie à aucun contenu concret, aucune définition. Elle suppose donc la définition de critères, qui par définition sont contestables et contestés.

Deuxièmement, la situation s'apprécie différemment en fonction du type de soins (soins de 1<sup>er</sup> recours, soins de spécialistes en accès direct ou en accès spécifique dit de 2<sup>nd</sup> recours).

C'est pourquoi, nous nous concentrerons sur la question de l'accès, dans sa dimension territoriale, à la médecine de 1<sup>er</sup> recours, c'est-à-dire l'accès à un médecin généraliste, laissant de côté le recours aux spécialistes, pour lesquels la problématique est encore plus marquée. De même, nous serons amenés à substituer au terme « désert médical » celui de zones fragiles ou sous dotées dès lors que nous ferons référence à des critères de définition établis.

<sup>1</sup> Pour une définition méthodologique des concepts d'accès aux soins et de déserts médicaux et de leurs interactions, voir Noémie Vergier et Hélène Chaput, « déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer », *Les Dossiers de la DREES*, mai 2017.



## I- Un enjeu fort de la démographie médicale : l'inégale répartition de l'offre médicale et son impact sur l'accès aux soins

### I-1/ Une évolution dynamique de la démographie amplifiant les inégalités territoriales

Le constat est connu et partagé depuis de nombreuses années. Il se résume par un paradoxe apparent : il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé exerçant en France et jamais ils n'ont été aussi inégalement répartis sur le territoire.

En effet, l'évolution globale depuis plus de quarante ans est celle d'une croissance importante supérieure à celle de la population. Cela est vrai pour l'ensemble des catégories de professionnels de santé et notamment pour les médecins<sup>2</sup>.

Ainsi, la DREES, dans l'article cité, souligne que la France comptait au 1<sup>er</sup> janvier 2015, plus de 216 700 médecins actifs de moins de 70 ans, ce qui constitue un « maximum historique ». Pour autant, compte tenu de la politique passée de gestion du *numerus clausus*, à l'entrée de la deuxième année de la faculté de médecine, les effectifs de médecins ont amorcé une baisse qui perdurera jusqu'en 2025 avant de remonter progressivement.

À titre d'éclairage, ce constat de dynamisme est également valable pour les autres catégories de professionnels de santé. Le phénomène est amplifié si on regarde l'évolution du nombre d'infirmiers (salariés et libéraux), ceux-ci ont progressé en moyenne de plus de 4 % par an entre 2000 et 2015. Ce constat est également valable pour les masseurs-kinésithérapeutes, dont le nombre a augmenté en moyenne de plus de 3 % par an sur la même période.

Pour mémoire, la croissance annuelle de la population française était en moyenne de 0,7 % sur cette même période.

Ces évolutions semblent plutôt favorables sur le long terme en matière d'accès aux soins mais elles sont contrebalancées par une accentuation des écarts entre territoires. **Cet accroissement des disparités est d'autant plus fort que la maille territoriale analysée est fine.**

Par exemple, pour les médecins généralistes, si les écarts de densité vont de 1 à 1.4 entre régions métropolitaines, ils passent de 1 à 2 entre départements<sup>3</sup>. Ces écarts sont encore plus impressionnants si on regarde les autres professions paramédicales. A titre d'exemple, la densité libérale de sages-femmes libérales par femme de 15 à 49 ans varie de 19/100 000 (Orne) à 89/100 000 (La Réunion) soit un rapport de 1 à 4.

**Cette inégalité territoriale s'accroît dans la durée.** Ainsi, le Conseil national de l'Ordre des médecins a analysé sur dix ans (2007/2017) les variations des effectifs

2 « Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats n°101*, Drees, mai 2017.

3 Atlas de la démographie médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2017, conseil national de l'Ordre des médecins

en activité totale des médecins généralistes (y compris les remplaçants et les temporaires). Le constat est éloquent. Il met en évidence deux France :

- ▀ Une France dont la population médicale croît, incluant essentiellement tous les départements de la façade atlantique sans exception, une large majorité de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de façon géographiquement isolée, quelques départements Hospitalo-universitaires (Nord, Somme, Haute-Garonne, Doubs, Hérault, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Vienne) ;
- ▀ Une France qui perd ses médecins, représentée largement par une diagonale de l'intérieur du territoire, du Nord-Est au Sud-Ouest de l'hexagone.

Les dynamiques démographiques accentuent ainsi les fractures territoriales en concentrant de plus en plus les professionnels de santé vers les zones attractives. Cette évolution globale est d'autant plus préoccupante qu'elle ne correspond pas aux évolutions de la démographie générale. Ce qui aggrave également les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

## **I-2/ Une évolution de la population médicale largement dé-corrélée de l'évolution de la population générale**

En matière d'accès, l'analyse de l'évolution de la démographie médicale doit également être corrélée avec les évolutions de la population générale. Ce regard croisé permet de dessiner ainsi une carte encore plus fine des zones de fragilités.

Le constat est celui d'une dé-corrélation grandissante. Concrètement, on constate une déperdition de la médecine de premier recours non corrélée aux variations de la population générale sur la plupart des territoires.

De fait, cette situation inquiète car elle concerne également des zones où la population croît alors même que la population médicale décline. La désertification médicale ne concerne pas seulement des zones rurales, avec une décroissance démographique significative mais également des zones plus dynamiques, notamment des zones urbaines (la région parisienne par exemple).

Au niveau infra départemental, quelle que soit la maille retenue, ce sont bien des centaines voire des milliers de zone de fragilité qui existent ainsi et révèlent concrètement des problématiques d'accès aux soins.

## **I-3/ Un exemple symptomatique : la situation de l'Orne**

L'exemple ornais est assez probant. L'Orne est un département rural et vaste dont la densité de médecins généralistes en activité régulière est une des plus faibles de France, 67,9 pour 100 000 habitants contre 80,4 en moyenne nationale.

Une analyse fine montre que les zones les plus fragiles ne sont pas forcément les zones rurales les plus isolées. Au-delà des zones identifiées et cumulant baisse de la démographie médicale et baisse de la population générale, apparaissent de nouvelles zones sous tensions (région d'Alençon par exemple).



En effet, le département se trouve confronté aux départs en retraite important de médecins ornaïens installés à la fin des années 70, début des années 80 non remplacés. Le vieillissement de l'âge des médecins est préoccupant : **27 % des médecins ont plus de 65 ans et 51 % plus de 60 ans**. Le maillage territoriale de la médecine générale se détricote et de gros trous peuvent apparaître quasiment du jour au lendemain, sous le coup d'un départ en retraite précipité, voire même d'un décès, mettant sous tension une zone jusque-là relativement protégée.

Les raisons de ce non renouvellement sont connues. Elles sont liées à la fin d'un modèle d'exercice libéral solitaire, qui prédominait jusqu'à lors dans les campagnes notamment. Cette désaffection s'explique aussi par la féminisation de la profession et la volonté générationnelle d'une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle. À cela s'ajoute, pour l'Orne, la difficulté supplémentaire pour le conjoint (non médecin) de trouver un emploi dans un département économiquement peu attractif.

Face à ces constats, les pouvoirs publics (État, collectivités et Assurance maladie) ont progressivement mis en œuvre des politiques visant à corriger ces inégalités, en s'appuyant sur une définition de plus en plus affinée et opérationnelle de ce qu'est un « désert médical ».

## II- Un cadre récent d'actions des différentes politiques publiques

Les politiques de correction des inégalités territoriales de répartition des professionnels de santé se sont développées depuis le début des années 2000 avec des résultats, pour l'instant mitigés. Les acteurs publics, avec des domaines de compétences variables, sont intervenus de façon sporadique et peu coordonnée, pour aboutir aujourd'hui à la mise en œuvre de stratégies plus cohérentes mais toujours fondées sur des outils incitatifs et non coercitifs<sup>4</sup>.

Pour agir, ces politiques se sont inscrites dans un cadre territorial, via l'émergence progressive d'une définition partagée et admise de ce qu'est une zone sous dotée.

### II-1/ La définition de zones sous dotées comme critère d'intervention

Les premiers travaux de définition d'un zonage de l'offre de soins sont apparus au début des années 2000, portés d'un côté par l'Assurance Maladie et de l'autre par les Missions Régionales de Santé<sup>5</sup>, et ont abouti à la définition de zones éligibles aux dispositifs d'aide à l'installation (voir *infra*). Ces zonages régionaux ont été depuis lors plusieurs fois actualisés et ont fait l'objet d'une harmonisation progressive des méthodes.

4 Pour une synthèse des actions mises en œuvre, voir « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », Rapport d'information de MM. Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 686 (2016-2017) – 26 juillet 2017.

5 Les Missions Régionales de Santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004 relatives à l'Assurance Maladie, étaient constituées par les URCAM et les ARH et avaient entre autre pour mission de travailler sur la répartition des professionnels de santé.

L'indicateur aujourd'hui communément admis est l'**Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)**<sup>6</sup>, qui fait l'objet d'un large consensus.

Il a été développé en 2012 par la DREES et l'IRDES. Il est aujourd'hui reconnu et utilisé par l'ensemble des ARS pour l'actualisation des nouveaux zonages des zones fragiles<sup>7</sup>.

Cet indicateur permet de tenir compte de la **proximité des médecins** (plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible) et de **leur disponibilité** (nombre de consultations/visites que peuvent offrir les médecins accessibles). Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale.

Au final, il permet de caractériser des zones sous denses, en fonction du seuil retenu d'accessibilité.

Ce dernier est de 2,5 consultations par an et par habitant. Est donc considérée comme une commune sous dense, celle dont les habitants ont accès à moins de 2,5 consultations (et visites) par an, sachant que l'accessibilité moyenne observée pour les médecins libéraux en 2015 est de 4,11 consultations.

Ainsi, 8 % de la population a une accessibilité aux médecins généralistes inférieurs à 2,5 consultations par an et par habitant.

Dans le cadre des zonages régionaux, c'est le territoire de vie (agrégat de communes) qui a été retenu pour tenir compte des mobilités avec le même seuil d'accessibilité (inférieur à 2.5 consultations par an). Par ailleurs chaque ARS possède une marge de manœuvre régionale, pour sélectionner des territoires fragiles (inférieurs à la moyenne) dont la dynamique est potentiellement défavorable à l'avenir. **Au total, les nouvelles zones d'intervention prioritaire ou zones sous dotées, ne représentent pas plus de 18 % du total de la population.**

Si aujourd'hui, chacun reconnaît le caractère plus affiné de cette approche, le risque d'exclusion de certains territoires est avéré, d'autant que cet indicateur ne prend pas en compte les différences de niveau socio-économiques des populations. Ainsi bon nombre de zones urbaines et populaires ne relèvent pas de ce zonage, parce qu'elles dépendent de territoires plus vastes jugés non prioritaires, alors qu'elles concentrent des inégalités sociales impactant l'accès aux soins.

## **II-2/ Des politiques incitatives pour renforcer l'attractivité des territoires fragilisés**

Les premiers acteurs à avoir tenté d'infléchir ce recul de la démographie médicale sont les acteurs de terrain : élus locaux, maires de communes rurales touchées par le départ en retraite d'un ou plusieurs médecins. Il s'agit alors de répondre aux besoins de soins d'une partie de la population, notamment vieillissante alors même que la santé n'est pas une compétence communale obligatoire.

La palette des actions lancées est à la mesure des difficultés rencontrées. De la mise à disposition de logements, à l'appel aux cabinets « chasseurs de tête » spécialisés en recrutement à

6 Pour une présentation synthétique, voir Noémie Vergier et Hélène Chaput, « déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer », *les Dossiers de la Drees*, mai 2017.

7 Décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, complété par l'arrêté du 13 novembre 2017, qui décrit la méthodologie d'élaboration de cet indicateur.



prix d'or de médecins, en passant par la création de « maisons médicales », tout a été tenté avec des résultats inégaux, voire décevants.

La loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux a cependant permis de donner un cadre structuré aux interventions des collectivités territoriales<sup>8</sup> dans le cadre des territoires sous dotés. En effet, elle formalise la possibilité d'attribuer des aides en faveur de l'installation ou du maintien de professionnels de santé dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Elle permet en outre le financement par les collectivités territoriales d'investissements immobiliers destinés à l'installation des professionnels de santé. De même, cette loi permet également d'octroyer des indemnités (logement, déplacement) afin d'attirer des étudiants en médecine générale à exercer.

Comme le souligne le rapport sénatorial<sup>9</sup>, « *aucun recensement exhaustifs de ces initiatives n'a pu être fourni... par le ministère en charge de la santé* ». La limite de ces dispositifs est là. On a assisté au lancement de nombreuses actions, parfois sans projet médical, non coordonnées et sans modalités d'évaluation précises.

Parallèlement, l'État a tardivement mis en œuvre des politiques volontaristes, au-delà de la simple gestion quantitative des effectifs, via la régulation du *numerus clausus*.

Le premier plan « pacte santé territoire » date seulement de 2012 avec, pour la première fois, un objectif affiché de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, relayé en 2015 par un deuxième pacte.

Ce premier pacte prévoyait un certain nombre d'aides, toutes incitatives, en zones sous denses comme par exemple, le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), garantissant une rémunération mensuelle en contrepartie d'une installation en zone sous dense ou le contrat d'engagement de service public (CESP) permettant à un étudiant en médecine de bénéficier d'un revenu garanti en contrepartie d'une installation future en zone sous dense.

Il a été prolongé et amplifié par le nouveau plan « accès aux soins dans les territoires » lancé par la ministre de la santé, Agnès Buzyn, en octobre 2017<sup>10</sup>.

De l'avis général, il s'agit plus d'une boîte à outils partant d'un double postulat : d'une part, les mesures coercitives ne sont pas la solution et d'autre part, ce sont les acteurs de terrain les mieux à même de construire des projets pour répondre au défi de l'accès aux soins dans les territoires concernés.

### **II-3/ La régulation conventionnelle au milieu du gué**

L'Assurance maladie, à partir du milieu des années 2000, a intégré dans le cadre de la négociation conventionnelle, un certain nombre de dispositifs visant à réguler l'installation des professionnels de santé, via le conventionnement sélectif dans les

8 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux (art. L. 1511-8 code général des collectivités territoriales).

9 J. Cardoux et Y. Daudigny, op. cit.

10 Pour une présentation générale, voir le dossier sur le site du ministère de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr>.

zones sur dotées et des leviers incitatifs (contrat d'engagement en échange d'aides financières).

Concernant les médecins, le volet incitatif a été jusqu'à aujourd'hui privilégié. La convention médicale de 2016 propose ainsi quatre types de contrats, pour attirer et fidéliser les professionnels dans les zones considérées comme sous dotées<sup>11</sup>. *A contrario*, pour la profession des infirmières, un dispositif de conventionnement sélectif a été mis en œuvre<sup>12</sup>. Il permet de conditionner une nouvelle installation dans les zones considérées comme très sur-dotées, au départ. De même, l'avenant 5 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes intègre que le conventionnement ne pourra être accordé dans une zone sur dotée que si un autre masseur-kinésithérapeute a préalablement mis fin à son activité dans cette même zone<sup>13</sup>

Il faudra établir dans les années à venir, un bilan de la mise en place de ces nouveaux contrats, sachant que le volet financier n'est pas aujourd'hui, de l'avis des professionnels eux-mêmes, l'élément décisif dans une installation même s'il reste non négligeable cependant.

## II-4/ Une efficacité questionnée

Le débat sur l'efficacité de ces mesures est vif. Pour la Cour des Comptes<sup>14</sup>, le constat est sans appel : ces « *mesures sont inefficaces* », intégrant dans ce constat également les diverses aides versées par l'État et cumulables avec celles de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales. Elle critique à la fois le faible nombre d'installations induites en zone fragile mais également le coût économique des mesures, pointant ainsi l'absence d'évaluation de l'efficacité et du rapport coût/avantage qui en résulte.

Ce constat mérite cependant d'être nuancé. En effet, les dispositifs de régulation démographiques ont produit des résultats, certes encore limités mais réels<sup>15</sup>. Si le rythme est lent, il prouve cependant que c'est un levier utilisable, accepté par les professions concernées. Si la situation démographique n'évolue pas dans les prochaines années et que la pression sociale et politique augmente, un cadre conventionnel de régulation plus sélectif des installations serait sûrement préférable à un règlement étatique coercitif....

## III- Une réalité perçue par les populations qui éprouvent des difficultés à obtenir un médecin traitant dans l'Orne

La densité médicale ornaise est une des plus faibles de France (voir *supra*). Elle se caractérise par un vieillissement de la population des médecins, qui ne trouvent pas de remplaçant. Il y a 180 médecins généralistes libéraux de 1<sup>er</sup> recours installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018, contre 195 deux ans plus tôt. Cette érosion est partiellement compensée par l'installation importante de praticiens d'origine étrangère (notamment espagnole), qui cherchent dans la campagne ornaise une qualité de vie et de travail améliorée.

11 Il s'agit des contrats d'aides à l'installation, de stabilisation et de coordination, de transition et de solidarité territoriale. Ce sont des contrats tripartites signés entre le médecin, la CPAM et l'ARS.

12 Avenants 1 et 3 à la convention des infirmiers libéraux, septembre 2008 et septembre 2011.

13 Avenant 5 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes, février 2018.

14 Cour des Comptes, « vingt ans de recomposition de l'offre territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015.

15 Dans ce même rapport, la Cour recense 8 773 adhérents à des contrats incitatifs à fin 2015



Mais la situation de la démographie médicale n'est qu'une composante d'une problématique plus large propre à de nombreux territoires ruraux, à l'écart des grands pôles urbains, en manque d'attractivité économique et démographique. Sur le plan purement sanitaire, l'offre hospitalière est également mal en point, victime d'un déficit de recrutement en praticiens et d'un phénomène de fuite important vers des pôles régionaux (Caen) ou extra régionaux (Le Mans).

De fait, la question de l'accès à des soins de proximité et de qualité prend aujourd'hui une place de plus en plus grande dans le débat public local, suscitant divers projets et initiatives portés par les collectivités territoriales et les médecins restants concernés.

Dans ce cadre, la question de la démographie médicale impacte directement l'activité de la CPAM, au travers de l'accès aux soins et interroge sur la pratique et les responsabilités d'un organisme de protection sociale confronté à une problématique (l'accès aux soins) dont une des causes (la démographie médicale) ne ressort pas de sa compétence *a priori*.

En effet, historiquement, la question de la démographie médicale est portée à travers le prisme conventionnelle de la promotion des contrats incitatifs en zone sous dotée (voir *supra*). Dès lors que l'on se retrouve en dehors de ces zones sous dotées, l'action de l'Assurance maladie est assez limitée.

Pour autant, les difficultés dans l'accès aux soins dépassent le cadre du zonage territorial. La CPAM est aujourd'hui confrontée à cette réalité à travers la question de l'accès au médecin traitant.

### **III-1/ L'accès au médecin traitant : un enjeu crucial**

Conçu dans le cadre du parcours de soins instauré par la loi de 2004, le concept de médecin traitant, comme pivot du système de soins a pendant longtemps été une construction médico administrative sans impact directe sur la vie quotidienne des assurés.

Il a permis de formaliser le parcours de soins, en prévoyant (à la marge) des pénalités en cas de non-respect. Il a surtout été un moyen, pour les partenaires conventionnels d'asseoir une évolution des modes de rémunération des médecins, notamment dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Mais aujourd'hui avec les tensions liées à la démographie médicale qui apparaissent, l'accès au médecin traitant devient crucial.

Ce sont les conciliateurs des CPAM, qui sont saisis, dans le cadre conventionnel, des difficultés à trouver un médecin traitant ou à obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin correspondant. Ce rôle a été confirmé par la convention médicale de 2016 en lien avec les Conseils de l'Ordre.

Les chiffres nationaux de saisines sur ce motif ont triplé entre 2014 et 2016<sup>16</sup>. Dans l'Orne, les saisines sur ce sujet ont été multipliées par deux entre 2016 et 2017. Le nombre de saisines sur le 1<sup>er</sup> trimestre laisse présager une augmentation encore

<sup>16</sup> Assurance Maladie, Rapport d'activité Conciliation 2016, 2017.

plus importante pour 2018. Encore, faut-il connaître le dispositif, ce qui par définition mésestime l'ampleur du phénomène.

Afin d'avoir une idée plus précise de l'ampleur, il est intéressant de regarder plus particulièrement les assurés qui avaient déclaré un médecin traitant mais qui aujourd'hui n'est plus en activité, pour la très grande majorité parce qu'il est parti en retraite. Cette analyse permet de cerner la population, pour qui l'absence d'un médecin traitant ne relève pas d'un choix mais est subie. En effet, le choix de déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire.

Dans l'Orne, le nombre d'assurés sans médecin traitant est d'environ 13,1 %, soit près de 22 000 personnes pour le régime général. Mais il y a aujourd'hui plus de personnes qui avaient un médecin traitant, n'exerçant plus que ceux qui n'en ont pas par choix (6,9 % contre 6,2 %), soit plus de 11 500 personnes pour le seul régime général. Cette évolution est sensible et traduit une situation, dans certaines zones, de plus en plus difficile à vivre pour les assurés.

Elle se matérialise par une difficulté d'accès à un médecin, voire des refus de prise de rendez-vous non par refus de soins mais par saturation des praticiens restants. Dès lors, l'absence de médecin traitant devient bien un critère d'exclusion des soins.

La mise en œuvre de la PFIDASS dans l'ORNE a d'ailleurs été un révélateur de ces difficultés.

### **III-2/ La PFIDASS : un outil essentiel de diagnostic et d'accompagnement**

La CPAM de l'ORNE a été retenue pour faire partie de la 1<sup>ère</sup> vague de généralisation du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins, via la Plate-Forme d'Intervention Départementale en matière d'Accès aux Soins et à la Santé.

L'autodiagnostic préalable mené dans les accueils de la CPAM et chez les partenaires (service médical, service social et centre d'examen de santé) pour quantifier et qualifier le renoncement aux soins a mis en avant un taux brut de renoncement aux soins de 30,6 %<sup>17</sup>.

Ce chiffre, parmi les plus élevés des 21 caisses ayant participé à la première vague, synthétise de façon générale la problématique des difficultés d'accès aux soins. Si on regarde, de façon plus détaillée les différentes causes de renoncement aux soins évoqués par les assurés sociaux, on remarque qu'au-delà de la question financière centrale (importance du reste à charge et de l'avance de frais), ce sont bien des causes en lien direct avec la démographie médicale locale qui apparaissent. La question des délais pour obtenir un rendez-vous est citée dans 27 % des cas (plus de dix points au-dessus de la moyenne nationale). De même, la question de l'éloignement géographique est citée dans 10,5 % des cas, soit deux fois plus que la moyenne nationale.

La question de la recherche d'un médecin traitant, pour une partie de la population (personnes âgées, personnes atteintes de maladie chronique) devient ainsi peu à peu centrale dans les politiques d'accès aux soins.

Ce contexte doit inciter les CPAM, dans une logique partenariale, à travailler sur la question de la démographie médicale, en utilisant à la fois les statistiques issues de leur système d'information, les besoins connus et remontés des assurés sociaux, notamment via la PFIDASS en voie

<sup>17</sup> En réponse à la question : « avez-vous eu un ou plusieurs renoncements aux soins dans les six mois passés ? »



de généralisation actuellement ainsi que les liens tissés avec les acteurs de terrain, professionnels de santé, associations et collectivités.

Les nouvelles opportunités offertes par le fond innovation, créé par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 doivent être saisies également. Il s'agit d'un levier important pour promouvoir des nouveaux modes d'exercices collectifs et apporter une réponse au défi grandissant de l'accès aux soins.





## Accès au droit, accès aux soins, accès aux services : analyse comparée de la branche famille et des autres secteurs de la protection sociale

**Daniel Lenoir**, *Inspecteur général des affaires sociales, ancien Directeur général de la CNAF (2013-2017) et de la CNAMTS (2002-2004)*



*Daniel Lenoir est un ancien élève de l'ENA. Il a occupé de nombreux postes dans le champ social. Il a notamment été Directeur de la CNAMTS, Directeur général de la CCMSA et de la CNAF. Il a également dirigé la FNMF.*

Réfléchir à l'accès aux services dans la branche famille, mais aussi dans les différentes branches de la sécurité sociale, au sens large, c'est-à-dire au sens européen<sup>1</sup>, conduit à revenir à cette vieille distinction du droit de la « Sécu », toujours pertinente, entre prestations en espèces et prestations en nature<sup>2</sup>. Prestations en espèces, les revenus de remplacement, que ce soit les indemnités journalières pour l'assurance maladie, les pensions pour l'assurance retraite, mais aussi les allocations chômage ou le RSA, les compléments de revenu comme la prime d'activité, mais surtout celles qui permettent de faire face à certaines charges, comme les allocations familiales, les primes de naissance ou de rentrée scolaire ou les allocations logement<sup>3</sup>, sans parler des « prestations fiscales », comme le quotient familial. Toutes les branches de la Sécurité sociale ont fait dans ce domaine des efforts considérables tant pour limiter les risques d'abus ou de fraude<sup>4</sup> que pour favoriser l'accès au droit et, dans ce domaine, la branche famille a souvent montré le chemin, pour l'un comme pour l'autre<sup>5</sup>, y compris en utilisant les techniques issues du « big data » et en développant une stratégie d'inclusion numérique, comme l'a montré le succès de la prime d'activité<sup>6</sup>.

1 Au sens large, c'est-à-dire au sens européen, l'ensemble des risques qui relèvent d'un régime obligatoire, y compris, même si c'est dans des conditions un peu particulière, la couverture chômage.

2 Jean-Jacques Dupeyroux et al., *Droit de la Sécurité sociale*, depuis les premières éditions.

3 Prestations en espèces ou prestations en nature les allocations logement ? Cela pourrait se discuter, car la prestation est versée pour contribuer à la couverture d'une partie du loyer, et donc accéder à un logement. Mais le lien entre la prestation et le droit au logement s'est tellement distendu que les allocations logement s'apparentent de plus en plus à une prestation en espèce.

4 Voir sur mon blogue « La fraude nuit gravement à la solidarité » (<http://www.daniel-lenoir.fr/la-fraude-nuit-gravement-a-la-solidaritesuite/>).

5 Voir sur mon blogue « Sur quelques idées reçues sur la fraude, les contrôles et l'accès au droit » (<http://www.daniel-lenoir.fr/sur-quelques-idees-recues-sur-la-fraude-les-contrôles-et-l'accès-au-droit-et-parce-que-comme-le-non-recours-au-droit-la-fraude-nuit-gravement-a-la-solidarite/>).

6 Voir le *Rapport d'évaluation de la prime d'activité 2017*, DGCS, 2018 ([http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_d\\_evaluation\\_prime\\_d\\_activite.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_evaluation_prime_d_activite.pdf)), ainsi que, sur mon blogue, « Une révolution sociale, numérique et administrative » ([http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_d\\_evaluation\\_prime\\_d\\_activite.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_evaluation_prime_d_activite.pdf)).



## L'accès au service : une condition des prestations en nature

Prestations en nature et non prestations en espèces, celles qui permettent de bénéficier de soins (qu'il s'agisse de prodiguer des soins, *cure* ou de prendre soin, *care*) pour l'assurance maladie, mais aussi pour la dépendance, et plus généralement d'accéder à des services, comme l'accès à un mode de garde pour la branche famille. La question de l'accès aux services et aux soins se pose donc pour les prestations en nature, comme celle de l'accès au droit pour les prestations en espèces, mais la question est plus complexe, car il ne suffit pas qu'il existe une prise en charge, totale ou, le plus souvent, partielle du coût de ces services ou de ces soins, pour que l'accès soit effectif : il faut aussi qu'il y ait, de façon accessible, une offre existante, qu'elle soit disponible et adaptée, et que les bénéficiaires de cette offre disposent des informations nécessaires sur sa disponibilité et sa qualité. De nombreux facteurs donc, et communs aux différentes branches de la sécurité sociale, que ce soit pour l'accompagnement au retour à l'emploi pour l'assurance chômage (ce qui a justifié le regroupement de l'UNEDIC et de l'ANPE au sein de Pôle emploi), l'hébergement des personnes âgées dans les EHPAD, comme les services nécessaires à leur maintien à domicile pour la CNSA, ou l'accès à un mode de garde pour leur enfant ou à d'autres services aux familles (comme les activités périscolaires ou l'accompagnement de la parentalité), pour les CAF, même si ces problématiques, complexes, ont surtout été analysées et développées pour l'assurance-maladie et pour la santé, compte tenu de l'importance du poids relatif des prestations en nature dans cette branche, comparé aux autres branches.

Notons au passage que, pour l'assurance maladie, les prestations en nature sont des prestations légales, du moins pour l'immense majorité d'entre elles, même si ce n'est pas le cas pour la part complémentaire, ce qui peut, on le sait, constituer un frein pour l'accès aux soins et qui a conduit à la création de la CMU complémentaire, puis de l'aide à la complémentaire santé (ACS), pour les plus démunis. La situation est plus complexe pour la dépendance, du fait du financement tripartite, même si les parts incombant à l'assurance maladie comme aux départements (APA) relèvent aussi d'une obligation légale. Tel n'est pas le cas général pour les prestations de services financées par la branche famille qui, pour la plupart d'entre elles (mais à l'exception notable du complément de libre choix du mode de garde (CMG), une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)), le sont dans le cadre d'une « action sociale » qui s'est beaucoup éloignée de sa définition juridique initiale de prestation facultative, notamment en matière d'accueil du jeune enfant : c'est le cas, notamment, de la fameuse PSU (prestation de service unique) et de ses compléments divers, qui n'a pas, même si elle en a toutes les apparences, le caractère d'une prestation légale. Bizarrerie d'ailleurs de la branche famille, puisque, à la différence de la maladie, avec la complémentaire, ce sont les plus aisés et non les plus pauvres, qui bénéficient de l'obligation légale, alors qu'un des principes implicites de la législation sociale depuis la création des assurances sociales en 1930 et des allocations familiales en 1932, c'est que celle-ci couvre en

priorité les plus faibles. Si l'on revient à l'accueil du jeune enfant<sup>7</sup>, cette dualité de prise en charge n'est pas sans poser problème, comme le soulignait en 2014 l'avis du HCF<sup>8</sup>, ne serait-ce que par les différences dans les barèmes et les critères d'attribution. D'où la proposition de fusion formulée dans cet avis.

## Ni service public, ni droit opposable, mais des services sociaux d'intérêt général

Mais, comme on l'a vu tout au long de ce numéro pour l'accès aux soins, l'accès aux services, en général, ne dépend pas uniquement de la prise en charge financière dans le cadre des prestations en nature. Il dépend tout autant de l'existence d'une offre de service correspondant au besoin. Tordons à ce sujet le cou à une vieille lune : qu'on le regrette ou non, il ne s'agit pas d'une offre de service public. Autant il existe un service public de l'éducation, qui entraîne l'obligation de créer une école pour les communes, obligation qui va être étendue, par la loi, aux écoles maternelles, autant il n'existe pas réellement, et ce malgré les nombreuses propositions faites dans ce sens<sup>9</sup>, de service public de la petite enfance. La jurisprudence en a d'ailleurs tiré les conséquences sur ce thème, essentiel, de la laïcité, et de l'obligation de neutralité si elle s'impose aux caisses<sup>10</sup>, en tant que gestionnaire d'un service public<sup>11</sup>, celui du service des prestations légales de Sécurité sociale, mais pas aux crèches associatives<sup>12</sup>. Pour prolonger l'analyse comparée, notons qu'il n'existe plus, depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), de service public hospitalier à laquelle elle a substitué des missions de services public, même si la plus grande partie des établissements de santé, comme d'ailleurs des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), relèvent de la gestion publique, et doivent, de ce fait appliquer les principes du service public. De même que s'il existe toujours un service public de l'emploi, il n'existe pas non plus, à proprement parler, de service public du placement, et d'ailleurs Pôle emploi ne représente désormais qu'une part minoritaire de l'activité de placement<sup>13</sup>. Cette offre de service ne relève pas non plus d'un droit opposable, comme cela a été parfois proposé aussi, notamment pour l'accueil du jeune enfant<sup>14</sup>. Il faut dire que l'expérience malheureuse du droit opposable au logement a surement refroidi plus d'un responsable. C'est pourtant, s'agissant de l'accueil du jeune enfant, le choix qu'ont fait nos voisins allemands<sup>15</sup>, en faisant reposer cette obligation sur les communes, ce qui a contribué au développement impressionnant de l'offre d'accueil collectif

7 Je ne traiterais pas ici des autres « prestations de service » financées par la branche famille, ce qui serait pourtant intéressant, par exemple pour la prise en charge des activités périscolaires, compte tenu du poids de l'accueil de la petite enfance.

8 Cf. HCF « L'opportunité et les contours d'un éventuel reprofilage des aides à l'accueil des jeunes enfants », Avis du 10 avril 2014.

9 Cf. Centre d'analyse stratégique, Rapport sur le service public de la petite enfance, 2007.

10 Arrêt de la Cour de cassation du 19 mars 2013, CPAM de Bobigny.

11 Arrêt du Conseil d'État du 13 mai 1938, Caisse primaire aide et protection.

12 Arrêt de la Cour de cassation du 19 mars 2013, Baby-loup.

13 Voir sur mon blogue « Protection sociale et transformation numérique » (<http://www.daniel-lenoir.fr/protection-sociale-et-transition-numerique/>).

14 Michèle Tabarot, Carole Lépine, *Le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance*, Rapport parlementaire, La documentation française, juillet 2008.

15 Catherine Collombet, Gauthier Maigne, Bruno Palier, « Places en crèche : pourquoi l'Allemagne fait-elle mieux que la France depuis dix ans ? », *Note de France Stratégie n°56*, mai 2017 ([http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/na-56-creche-web\\_0.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/na-56-creche-web_0.pdf)).



outre-Rhin, à tel point que la situation historique s'est inversée récemment. Notons aussi, pour poursuivre l'analyse comparée, que s'il y a un droit, de nature constitutionnelle, à la santé<sup>16</sup>, comme au travail<sup>17</sup>, ceux-ci ne se sont pas traduits dans un droit opposable, ni aux soins, qui serait d'ailleurs difficile à organiser, malgré certaines incursions timides de la jurisprudence, ni d'ailleurs à l'emploi, depuis la tentative vite avortée des ateliers nationaux, il y a cent soixante-dix ans.

En revanche cette offre de services relève, sans aucun doute, de la notion communautaire de services sociaux d'intérêt général (SSIG), notion hélas peu acclimatée dans notre pays, considérée trop souvent, à tort, comme protéiforme (comme si celle de service public ne l'était pas). C'est pourtant ce caractère social et d'intérêt général qui autorise, dans les différents domaines de la sécurité sociale, les autorités publiques à intervenir pour réguler ces services et ne pas les laisser évoluer en fonction des seules « lois du marché ». Et je suis de ceux qui pensent que ces notions ne sont pas suffisamment utilisées pour imposer aux opérateurs des objectifs et des contraintes nécessaires à un « bon accès » aux services et aux soins, trop marqués que nous sommes par le vieux dualisme « service public/service privé ». Et ce non seulement pour vérifier le respect des normes, ce qui est le cas pour l'accueil de la petite enfance, mais aussi pour s'assurer d'une offre suffisante, en quantité et en qualité. C'est d'ailleurs ce qui fonde l'intervention des autorités publiques que sont les ARS dans la programmation et dans les autorisations de certains équipements, comme dans les contraintes, au demeurant bien faibles, qui s'imposent à l'assurance santé complémentaire (contrats solidaires et responsables) pour bénéficier d'avantages fiscaux, et ce quelle que soit la nature juridique de l'opérateur, et l'on aimerait que la même logique prévale en ce qui concerne la médecine libérale, notamment en matière de répartition géographique (comme c'est le cas pour d'autres professionnels de santé, notamment, et depuis longtemps, pour les pharmacies).

## L'accès au service, l'un des objectifs de la régulation publique

C'est aussi ce caractère social et d'intérêt général des structures d'accueil de la petite enfance qui justifie la possibilité pour les autorités publiques (État, mais aussi départements au travers des PMI) et les Caf d'intervenir, pas seulement financièrement, pour rendre effectif l'accès à ces services, et je regrette, là encore, qu'on n'en ait pas tiré toutes les conséquences jusqu'alors. En effet, il est clair que l'offre d'accueil de la petite enfance est insuffisante en quantité pour garantir un accès pour toutes les familles à un mode de garde de leur choix, et surtout, que les inégalités d'accès restent très importantes, même si elles se sont, un peu, réduites, au cours de la COG 2013-2017, inégalités géographiques, d'abord, mais aussi, et peut-être surtout, inégalités sociales<sup>18</sup>.

16 « *(La Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)* », Préambule de la Constitution de 1946, alinéa 11.

17 « *Tout homme a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi* », Préambule de la Constitution de 1946, alinéa 5

18 Rapport 2017 de l'observatoire national de la petite enfance : *l'accueil du jeune enfant en 2016*, CNAF, DREES, INSEE, MSA, Éducation nationale, ACOSS, janvier 2018.

Autant la branche famille a été le plus souvent novatrice en ce qui concerne l'accès au droit<sup>19</sup>, autant elle n'a pas toujours su, dans le domaine de l'accès aux services, développer avec ses tutelles et dans un cadre national cohérent, les outils qui ont été mis en place pour la santé pour développer l'accès aux soins tout en maîtrisant la dépense, comme l'a fait l'assurance maladie. Le fait qu'on atteigne, pour la santé, une forme de limite dans la conciliation de ces deux objectifs ne doit pas faire oublier les progrès qui ont été accomplis pendant une vingtaine d'année avec la mise en place d'outils de régulation, progrès dans la couverture géographique, dans l'accès aux soins et dans la lutte contre les inégalités, même s'ils n'ont pas tous produit leurs effets, et surtout, par différence, les difficultés considérables auxquels le système de santé doit faire face dans les domaines (principalement la médecine ambulatoire) où ils n'ont pas été utilisés.

## La géographie, ça sert d'abord à faire de la politique

Garantir l'accès, c'est d'abord garantir une offre de proximité. Cette notion de proximité est évidemment une notion relative, dépendant des services concernés et des technologies. En ce qui concerne la petite enfance, la maille d'analyse est en général celle des bassins de vie. Mais en même temps, les situations sont variables. C'est ce qui avait conduit à pousser à la généralisation de schémas départementaux de la petite enfance (et des services aux familles), de façon à appréhender précisément et de façon prospective, et les besoins et les capacités d'accueil. Cette démarche cartographique a été développée depuis beaucoup plus longtemps dans le secteur de la santé, au départ pour les équipements hospitaliers, avec les premiers SROS, par les ARH, et généralisée à la quasi-totalité des secteurs, il y a maintenant près de dix ans, avec la création des ARS.

Bien sur la carte n'est pas le territoire, elle n'en est qu'une représentation ; mais une représentation nécessaire à la délibération démocratique et à la décision qui doit en découler, car elle objective, même si c'est en les simplifiant, les difficultés d'accès au service, notamment celui, essentiel, de la distance. Mais il ne suffit pas qu'il y ait un accord sur le diagnostic pour qu'il y ait une politique publique efficace d'accès aux services. « L'ardente obligation » chère au fondateur de la Vème République ne suffit pas. En même temps, il est difficile pour des services sociaux et d'intérêt général de relever d'une obligation et donc de faire des schémas prescriptifs, comme souhaitait le faire, en son temps, Dominique Bertinoti. Il aurait fallu pour cela, comme pour l'école, créer un service public de la petite enfance et faire peser la responsabilité de sa mise en place sur un des acteurs (probablement, dans notre système juridique et institutionnel, les communes ou les intercommunalités), quitte à ce qu'il le délègue à d'autres opérateurs. Tel n'a pas été le choix. Mais à défaut de les rendre obligatoires, ou prescriptifs, il est possible, et c'est ce que j'avais proposé, de les rendre opposables, ce qui permet à une autorité de régulation, d'une part, de ne pas autoriser de nouvelles créations là où les capacités d'accueil sont suffisantes et où des capacités d'accueil supplémentaires viendraient déstabiliser les structures existantes et « écrémer », comme le font aujourd'hui un certain nombre de micro-crèches financées par le complément mode de garde, les populations les plus aisées, et surtout, d'autre part, de susciter, par exemple par des méthodes de type « appel à projet » et en renforçant les aides à l'investissement, la création de structures là où elles n'existent pas, notamment dans les QPV ou dans certaines zones rurales sous-dotées<sup>20</sup>.

19 « L'accès au droit et le non-recours dans la branche Famille de la Sécurité sociale », DSER/CNAF, *Dossier d'étude* n° 173, novembre 2014.

20 Florent de Bodman, Clément de Chaisemartin, Romain Dugravie, Marc Gurgand. *Investissons dans la petite enfance - L'égalité des chances se joue avant la maternelle*, Terra Nova, 31 mai 2017.



Là encore on peut regretter que, dans le domaine de la santé, de telles méthodes n'aient pas été utilisées pour la médecine libérale, dès qu'on a commencé à prendre conscience, il y a maintenant une vingtaine d'année, de l'existence de « déserts médicaux ».

## Accès à l'information et accès au service

Mais l'accès aux services ne nécessite pas seulement une offre disponible. Il suppose aussi que l'information sur cette offre soit accessible ; et, à l'heure de la transformation numérique<sup>21</sup>, cette information fait partie intégrante du service lui-même : ce qui a fait le succès de « Uber », de « Blablacar » ou, dans le domaine de l'emploi du « Bon coin ». Le numérique accélère le temps et abolit les distances en ce qui concerne l'information, même s'il ne les abolit bien sûr pas en ce qui concerne le service lui-même qui doit rester accessible géographiquement.

Malgré les efforts de modernisation engagés, par exemple, pour ce qui concerne la branche famille, sur mon-enfant.fr, je ne cache pas une certaine inquiétude sur la capacité de la sphère sociale à développer ces outils et à ne pas être débordée par des opérateurs émergents, comme cela s'est passé dans d'autres domaines. C'est ce qui m'avait conduit à organiser le premier Hackathon dans la Sécurité sociale, à l'occasion des célébrations des soixante-dix ans de l'ordonnance de 1945.

## Analyse des données et accès à des services de qualité

Ces applications, comme d'ailleurs les cartographies dynamiques qui permettent l'élaboration des schémas, reposent sur l'analyse de données massives (big data) issues des systèmes d'information de gestion et qui doivent être valorisées davantage pour permettre d'améliorer l'accès au service, comme elles ont pu être utilisées pour la lutte contre la fraude et les abus, mais aussi l'accès au droit<sup>22</sup>.

Des données mieux valorisées par les organismes, mais aussi ouvertes au public<sup>23</sup> (open data), tout à la fois pour assurer une vraie transparence démocratique, par exemple sur les schéma territoriaux, mais aussi pour susciter une émulation entre les opérateurs : on sait que les situations de monopole, y compris publics, ne sont pas toujours favorables à la créativité et à l'innovation<sup>24</sup>.

L'offre de service disponible doit l'être en quantité, mais aussi en qualité. Là encore les « données massives » vont révolutionner la question de l'analyse et de l'évaluation de la qualité de service. On pourra bientôt, bien plus rapidement qu'avec les cohortes auxquelles nous ont habitué les évaluations à l'américaine, apprécier plus rapidement « ce qui marche<sup>25</sup> » et corriger le tir, considérant que, dans ces domaines, il n'y a de vérités que provisoires.

21 Pierre Giorgini, *La transformation fulgurante*, Bayard, 2014.

22 Voir sur mon blogue « La fraude nuit gravement à la solidarité » (<http://www.daniel-lenoir.fr/la-fraude-nuit-gravement-a-la-solidarite/>)

23 Voir le site CAF data

24 Qu'on se souvienne, pour les plus anciens d'entre nous, de la montagne du Réseau santé social (RSS), pourtant délégué au secteur privé, et qui n'a pas accouché d'une seule souris en termes de services associées, alors que telle était l'intention de ses promoteurs.

25 Ansa, *What Works centres britanniques : Quels enseignements pour des politiques fondées par la preuve en France ?*, Rapport, mars 2017 (<http://www.strategie.gouv.fr/publications/what-works-centres-britanniques-enseignements-politiques-fondees-preuve-france>)

Cette question est importante, car, en matière d'accès aux services, la question de l'égalité est essentielle, et les inégalités d'accès le sont tout autant dans les conditions de prise en charge, que la disponibilité du service lui-même ; tout autant, voire plus, comme on a pu le voir dans le domaine de la petite enfance, où, comme cela a été largement démontré, une prise en charge de qualité précoce est aussi un puissant levier de réductions des inégalités<sup>26</sup>.

Là encore le parallèle avec les autres secteurs est intéressant, et l'on sait, par exemple que les inégalités d'accès aux soins, mais aussi aux dispositifs d'accompagnement en matière de dépendance, sont pour beaucoup dans les inégalités de santé.

## Accès aux services et solvabilisation

Mais ces inégalités, et l'accès lui-même dépendent d'abord des conditions de couverture financière. De ce point de vue, la prestation de service unique (PSU) peut paraître exemplaire, dans la mesure où le barème qui lui est associé<sup>27</sup> repose sur un reste à charge quasi proportionnel en fonction des revenus, et donc particulièrement faible pour les plus bas revenus. Situation là encore paradoxale de la branche famille au regard de la branche maladie, si l'on se souvient des polémiques sur la remise en cause de l'universalité qu'avait déclenché la proposition de bouclier sanitaire<sup>28</sup>, portée notamment par Martin Hirsch et qui visait, de la même façon, à plafonner le reste à charge en fonction du revenu : « vérité dans une branche, erreur dans l'autre ». On objectera qu'il s'agit dans un cas de prestations légales, dans l'autre, d'action sociale. Et il est vrai que ce barème progressif en fonction du revenu ne s'applique pas de façon aussi forte à l'autre mode de prise en charge qu'est le CMG, une prestation légale, cette fois-ci. Mais la PSU a toutes les caractéristiques d'une prestation légale, à l'exception de sa base juridique et budgétaire, et c'est ce qui m'avait conduit à recommander la fusion des deux prestations en une seule, ou, à tout le moins, à définir un barème identique, conformément à une recommandation du HCF<sup>29</sup>.

## Une équation financière difficile

Un spectre hante la Sécurité sociale, depuis la fin des années soixante<sup>30</sup> : celui de l'équation financière. Comment garantir l'accès de tous à des services (ou des soins), donc sans barrière financière sans pour autant faire exploser les dépenses, c'est-à-dire, soit creuser le « trou » de la sécurité sociale, soit augmenter indéfiniment et surtout trop rapidement les prélèvements obligatoires. Comment donc maîtriser la dépense sans exclure, donc sans restreindre, de façon inconsciente ou volontaire, l'accès aux services (et aux soins).

Là encore l'assurance maladie a montré la voie, au moins en terme de méthode, avec le rapport « charges et produits<sup>31</sup> » qui faisait suite au « rapport sur l'exécution de l'ONDAM » que j'avais

26 Voir sur mon blogue « La petite enfance, clé de l'égalité des chances » (<http://www.daniel-lenoir.fr/la-petite-enfance-cle-de-egalite-des-chances/>)

27 Cf. Atlas des EAJE <http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/Filoue/Atlas%20EAJE%202015.pdf>

28 Pierre-Louis Bras, Etienne Grass, Olivier Obrecht, « Guérir des ALD : propositions pour une réforme », *Droit social*, janvier 2007.

29 Op. cit.

30 Les ordonnances Jeanneney, dont nous avons célébré récemment les cinquante ans, première grande réforme de la sécurité sociale après sa création en 1945, étaient, déjà, motivées par des préoccupations d'équilibre financier.

31 Voir le rapport pour 2018 « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », CNAMTS, 7 juillet 2017



engagé pour les exercices 2002<sup>32</sup> et 2003<sup>33</sup>. Au passage, il faudrait le compléter, notamment pour évaluer davantage la question de l'accès aux soins, et, pour cela, le fusionner notamment avec les rapports du Fonds CMU<sup>34</sup>. Mais cet exercice annuel a au moins permis un réglage fin (« fine tuning ») de la dépense, et conduit l'assurance maladie à améliorer considérablement ses techniques et ses méthodes d'analyse et de prévision.

Dans le champ de la branche « famille », c'est cette expérience qui m'avait conduit à recommander, d'une part la fusion des budgets « petite enfance » du FNPF et du FNAS, et d'autre part, à appliquer à ce budget global des méthodes de type « ONDAM » qui permettraient de concilier « au mieux » deux objectifs a priori contradictoires : l'accès de toutes les familles, notamment les plus précaires, à un mode de garde adapté, et la maîtrise de l'évolution de la dépense qui lui est consacrée.

Je crains qu'au lieu de cela on ne maintienne les vieilles recettes d'un FNAS sous une contrainte budgétaire désormais très (trop) forte, au contraire de la période précédente, certes cohérente avec la programmation des finances publiques arrêtée par le gouvernement mais aussi pour éviter l'effet d'optique qu'une soit disant « sous consommation<sup>35</sup> » trop importante, mais qui est le degré 0 de la régulation de la dépense sociale, et d'un FNPF qui continue de fonctionner à guichet ouvert sans dispositif de régulation, avec les effets de déport de l'un sur l'autre. Ce qui ne permettra pas de réaliser cette ambition forte que tous les gouvernements, y compris l'actuel, ont essayé d'atteindre depuis au moins deux décennies : l'accès de toutes les familles à une solution d'accueil pour leur(s) jeune(s) enfant(s).

Il faut dire qu'hélas, la pensée de la complexité<sup>36</sup> n'a pas encore atteint tous les cercles de la décision publique. Or une politique d'accès aux services, plus encore que celle d'accès au droit, nécessite de tenir compte de la complexité des mécanismes en cause.

---

32 Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002, CNAMTS, octobre 2003

33 Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003, CNAMTS, juin 2004

34 Rapport du Fonds CMU

35 Voir « *Non la CNAF n'a pas rendu 523 millions d'euros* » sur mon blogue

36 Edgar Morin, *Introduction à la pensée complexe*, Le Seuil, 2005

# 2

## INNOVATIONS ET TRANSFORMATIONS MANAGÉRIALES

portance de la formation des dirigeants, plus en particulier de la formation qui pourrait être dispensée à ces dirigeants. Précisément, il s'agit de la formation de la petite entreprise, de ses particularités, de ses aptitudes et savoirs qui sont différents de ceux des grandes entreprises. Car il peut revenir à l'Etat de garantir ici au moins deux choses : la formation des enfants (pour leur socialisation) et la formation des adultes (pour leur qualification du travail ? la participation ? la responsabilité ? la prise de décision ?). En gros, par les entreprises (ou par l'Etat ?) a-t-elle subi des transformations ? C'est la question posée par le rapport (à l'occasion de la 10<sup>ème</sup> édition de la conférence) finance-t-on les entreprises ? On se-t-on des prestations de services ? On-t-on un tel sujet de la formation des dirigeants, des observations, des données, des d'abondance que l'on peut faire comme d'investigation ? C'est peu dire que l'on doit être toujours convaincu de la nécessité de multiples rapports.



## La Transformation Managériale à la CPAM des Yvelines

Par **Patrick Négaret**, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Yvelines



**Patrick Négaret** est Directeur Général de l'Assurance Maladie des Yvelines. Il est également expert auprès des Clubs de l'Association pour le Progrès du Management où il intervient sur le thème « Les enjeux et dérives du système de santé ». Il a été, jusqu'en juin 2015, Directeur de projet national pour le déploiement du concept de prévention « Santé Active », un service en santé dont il est l'initiateur. Spécialisé en droit public – Université Paris-Sorbonne – il est diplômé de l'EN3S, l'École nationale supérieure de Sécurité Sociale. Directeur de la CPAM des Landes (1983-1986), puis de la CPAM de Bayonne (1986-1988) et Directeur de la CPAM de la Sarthe pendant plus de vingt années, Patrick Négaret a également enrichi son expérience à la Compagnie française du Thermalisme pendant près d'une année comme Secrétaire Général.

Depuis six années, il a mis en place à la CPAM des Yvelines une démarche visant à optimiser les modes de fonctionnement, développer un management bienveillant et exigeant et favoriser l'innovation et l'autonomie. Cette démarche a été récompensée à plusieurs reprises, en juin 2017, par la nomination de la CPAM lors de la 11<sup>ème</sup> édition des Trophées Espoirs du Management ; en novembre 2017, par la remise du Trophée Or de l'Innovation Participative – catégorie Transformation managériale, décerné par l'Association Innov'Acteurs et en janvier 2018, par le 1<sup>er</sup> prix de la Qualité et de l'Excellence Opérationnelle – catégorie Organisation publiques, décerné par l'Association France Qualité, le MEDEF et le Ministère de l'Economie et des Finances (Direction Générale des Entreprises).

Les services publics, et plus encore la Sécurité sociale, sont entachés de longue date par une image négative, teintée d'inertie et d'efficacité toute relative. La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Yvelines s'est pourtant vu décerner en 2017 le prix des Espoirs du management et le Trophée d'or de l'innovation participative, consacrant une profonde transformation managériale. C'est bien la preuve qu'une administration peut se réformer et être érigée en exemple. Comment avons-nous accompli un tel exploit ?

En tant que directeur d'un service public, je me sens investi d'un devoir d'exemplarité. La gestion des effectifs pratiquée par la Caisse témoigne de ce souci d'optimiser l'usage des deniers publics : nous ne remplaçons ainsi qu'un tiers des départs en retraite. Depuis dix ans, des milliers de postes ont été supprimés dans l'assurance maladie, fruit d'un effort considérable. Nous avons toutefois atteint les limites de cette logique. Est arrivé un stade où l'amélioration ne devait plus tant provenir d'un redimensionnement des moyens que d'une valorisation des ressources existantes. Pour y parvenir, il m'a semblé que le management devait libérer les énergies afin que les collaborateurs donnent le meilleur d'eux-mêmes. La simple configuration de la Caisse, dont les 1 350 salariés sont répartis dans une quinzaine de sites, ne facilitait pourtant pas cette pratique managériale innovante et de proximité.



---

Certains qualifient ma démarche « d'entreprise libérée ». Je me méfie de ces appellations qui se transforment trop souvent en dogmes. J'ignore si je libère l'entreprise, mais je sais que je libère les énergies.

## I- Cinq leviers de performance

La dynamique de transformation que j'ai construite repose sur cinq leviers : le sens, la confiance, l'autonomie, la reconnaissance et la fierté d'appartenance.

### I-1/ Donner du sens

Comme le démontre Simon Sinek avec sa théorie du cercle d'or, la question du « pourquoi » prime sur celle du « comment » pour les salariés. Martin Luther King a su entraîner les foules en exprimant sa vision et son rêve, et non en exposant un plan en trois parties ! Il est évidemment plus facile de donner du sens à son activité lorsqu'on est employé par une caisse d'assurance maladie que par un marchand d'armes... Le travail a d'autant plus de signification qu'il a une utilité pour soi, mais aussi pour autrui. J'explique au personnel que sa mission n'est pas de régler des prestations, mais d'aider les assurés à gérer leur capital-santé. Il est valorisant de savoir que l'on sert une cause.

Le sens est largement véhiculé par la relation qu'entretiennent les salariés avec leurs collègues et leur manager, lequel n'est crédible que s'il accorde son discours et ses actes. De ce point de vue, valoriser l'autonomie n'équivaut pas à autoriser chacun à agir à sa guise. De façon quelque peu paradoxale, l'autonomie doit contribuer à renforcer le collectif. Quiconque ne se plie pas à cet impératif s'exclut lui-même.

Il importe aussi de donner aux collaborateurs des occasions d'apprendre et de se développer, car occuper indéfiniment une fonction monotone vide le travail de tout son sens. Le quotidien doit offrir des possibilités d'avancer.

Somme toute, nous devons fédérer sur le « pourquoi » et libérer sur le « comment ».

Dans un sondage mené en 2017 par Deloitte et Viadeo, 87 % des répondants disent accorder une grande importance au sens du travail, dans lequel ils voient une source d'épanouissement et de plaisir. Pourtant, ils ne sont que 60 % à estimer que l'entreprise accorde l'attention nécessaire au sujet. Si le sens est majoritairement associé au métier, à l'activité, aux valeurs et au travail d'équipe, dit cette étude, il est avant tout affecté par les processus d'évaluation et le manque de reconnaissance. À cet égard, nous pouvons nous interroger sur la pertinence des sacro-saints entretiens annuels d'évaluation, entre autres exemples.

### I-2/ Créer de la confiance

La confiance réduit l'incertitude et l'inquiétude qui l'accompagne. En cela, elle est un vecteur d'engagement. Les plus grands obstacles ne tiennent pas tant à la lourdeur des procédures ni à la division excessive du travail, qu'aux freins humains et aux doutes qui empêchent chacun d'avancer.

Le leader doit accorder sa confiance, mais aussi l'inspirer par son attitude exemplaire, la lisibilité de sa démarche et sa crédibilité. En corollaire, il doit accepter l'erreur. Celle-ci figure parmi les grands principes de la Caisse. La confiance se cultive notamment en félicitant les salariés pour leurs succès et en capitalisant sur leurs points forts. Les entretiens annuels, pour reprendre cet exemple, sont trop souvent l'occasion de pointer les défaillances, avec de surcroît un retard qui tue l'agilité.

De la confiance naît la performance : tel est le slogan qu'a édicté l'un de nos services qui travaille en totale autonomie.

### **I.3/ Accorder de l'autonomie**

Les entreprises ont trop souvent appréhendé la motivation sous l'angle de la récompense et de la sanction. Il est bien plus efficace de réunir les conditions de la motivation. Si les collaborateurs perçoivent de la confiance, de l'autonomie et du sens, ils ont le désir de s'engager. Les méthodes de management par « contrôle-commande » qui ont longtemps eu cours deviennent inopérantes. Une expérience a comparé le fonctionnement de deux groupes chargés de résoudre un problème très simple. En cas de réussite, il était promis une récompense dix dollars au premier, aucune au second. Ce dernier s'est toujours montré le plus performant. La perspective d'une récompense agit sur la motivation extrinsèque et nuit à la créativité. C'est la motivation intrinsèque qu'il convient de rechercher, celle qui mobilise les valeurs et les aspirations intimes des individus. Dans certains pays où le don du sang, jusque-là gratuit, est devenu rétribué, le nombre de donateurs a chuté. Les citoyens l'envisageaient comme un acte altruiste incompatible avec une motivation financière.

Un sondage Opinion Way de 2017 révèle que l'autonomie est une composante-clé du métier idéal pour 93 % des moins de trente ans. La jeune génération y est extrêmement attachée et n'hésite pas à quitter un emploi s'il ne lui offre pas une marge d'initiative suffisante.

L'autonomie est liée au principe de subsidiarité. Je demande aux managers d'exécuter les tâches qui ressortent véritablement de leur responsabilité, et de déléguer les autres à leurs collaborateurs. Peut-être ceux-ci s'y prendront-ils différemment, voire moins efficacement dans un premier temps, mais ils gagneront progressivement en performance. La décision doit toujours être prise à l'échelon le plus proche de l'action. Un opérateur est le mieux placé pour juger d'un sujet qui le concerne au premier chef. Si sa décision entraîne des conséquences majeures, il doit prendre conseil auprès de son responsable.

Dès lors qu'ils sont autonomes, les salariés participent activement de la vie de l'entreprise. Ils deviennent les acteurs d'un changement qu'ils intègrent plus spontanément.

L'autonomie est également une source de créativité et d'innovation. M'inspirant du livre d'Idriss Aberkane *Libérez votre cerveau !*, je vous livre une interrogation : vaut-il mieux être conformément mauvais que non conformément bon ? Aujourd'hui, notre Caisse casse les codes établis dans le service public. Nous avons besoin de sortir des sentiers battus pour innover, quitte à franchir la ligne blanche des procédures. Sans cela, rien n'avance.



## **I-4/ Cultiver la reconnaissance**

La reconnaissance renvoie à l'égalité intrinsèque dont se réclament les tenants de l'entreprise libérée. Une organisation n'a pas lieu de discriminer les exécutants par rapport aux stratèges, ou les moins qualifiés par rapport aux diplômés. L'humain doit primer, et ceci doit se ressentir au quotidien. Afin de renforcer la participation, la collaboration et la co-construction, nous avons organisé de nombreuses formations sur l'intelligence collective, pour apprendre à mieux travailler ensemble. Il arrive que des employés – et non des cadres – animent des groupes de travail à cet effet, plus belle forme de reconnaissance qui soit. Cela me permet aussi de détecter des leaders en devenir.

Le manager doit écouter et faire grandir ses collaborateurs, s'intéresser à leurs réalisations, aux événements qui jalonnent leur semaine, s'enquérir de leur avis. Les salariés se sentent alors reconnus, valorisés. Le responsable doit aussi faire preuve de gratitude, valeur faiblement inscrite dans la culture française. Je me rends dans les services qui ont remporté un succès pour les féliciter. En disant merci aux autres, on reconnaît faire partie d'un collectif.

Le site intranet est un excellent support pour mettre en valeur les réalisations des salariés. Certains de nos services y publient par exemple des courtes vidéos sur leurs accomplissements.

## **I-5/ Développer la fierté d'appartenance**

Nos agents ressentent une fierté d'appartenir à l'assurance maladie, à la Caisse primaire des Yvelines mais aussi à leur entité géographique et à leur service. Ce sentiment d'appartenance est entretenu par des événements et des fêtes, comme les Trophées de l'innovation participative que nous organisons chaque année pour valoriser les idées soumises par nos équipes. Nous incitons également nos agents à prendre part à des activités solidaires, et leur réservons des sorties inspirantes. J'ai par exemple inscrit dix participants à la Maison du management, occasion de côtoyer des personnalités prestigieuses et d'élargir leur horizon. Ils se familiarisent ainsi à ma vision managériale. Certains de nos employés présentent également notre dynamique de transformation dans d'autres caisses.

On me rétorque parfois que ma démarche consomme trop de temps. Mais espère-t-on progresser en se consacrant exclusivement à la production, à raison de huit heures par jour pendant quarante ans ? Il est illusoire de penser que dans ces conditions, les salariés seront durablement satisfaits et productifs. Ils se lasseront et feront simplement acte de présence. Je dois lever les obstacles qu'opposent certaines équipes n'ayant pas changé d'habitudes depuis des décennies et n'entendant pas qu'on leur explique leur travail. Si toutefois leurs indicateurs de performance sont à la traîne, leur réticence n'est pas recevable.

## II- Des outils simples et concrets

Ces beaux principes restent inopérants s'ils ne sont pas incarnés dans des outils et des méthodes. On ne décrète pas de but en blanc la libération des énergies, encore moins de l'entreprise. J'ai vu une caisse procéder de la sorte et provoquer un tollé des syndicats.

Depuis six ans que je suis à la tête de la CPAM des Yvelines, je cultive une acculturation des équipes à un nouvel esprit. Je sollicite régulièrement des conférenciers pour présenter des démarches innovantes, et invite mes collaborateurs à prendre part à des associations, clubs et autres communautés collaboratives, avec EDF ou la RATP notamment.

S'y ajoutent des méthodes structurées, que nous avons déployées avec l'aide de consultants.

### II-1/ Le *Lean management* adapté

Le premier outil que j'ai mobilisé fut le *Lean management* adapté, dans le but d'accroître l'autonomie. Les services ont été formés à cette démarche bien rodée, prônant la chasse au gaspillage, l'élimination des tâches superflues, la maîtrise des délais de réalisation, la réduction des coûts de fonctionnement, le gain de ressources et de surfaces. Chaque collaborateur a été invité à améliorer tout ce qui pouvait l'être dans son environnement. Les résultats en furent étonnants. J'ai même vu un agent postuler à une fonction de cadre en m'avouant qu'il n'aurait jamais aspiré à cette promotion dans l'ancien système, trop régi par le contrôle. En revanche, il se projetait dans un rôle de manager où il verrait ses salariés s'épanouir et grandir.

Sans démagogie, je n'ai pas caché que cette optimisation était le corollaire d'une réduction des effectifs.

Le plus difficile fut de convaincre les personnels que je désirais véritablement les faire gagner en autonomie. Jusqu'alors, ils ne pouvaient guère s'exprimer, ou en subissaient les conséquences lorsqu'ils s'y risquaient. J'ai donc initié la démarche de *Lean* avec une équipe dont le manager était volontaire, qui a ensuite témoigné de l'expérience. En quoi cette méthode que l'on associe classiquement à l'industrie peut-elle faire avancer une administration comme la nôtre ? Les illustrations fourmillent. Pour un service des affaires juridiques ayant des créances à recouvrer à hauteur de plusieurs millions d'euros tous les ans, tout retard d'encaissement génère des problèmes de trésorerie. La réduction des délais de recouvrement constitue donc un réel enjeu. De même pour les services en charge de régler les prestations, le versement des indemnités journalières pendant les arrêts de travail doit intervenir rapidement, sans quoi les assurés se trouvent en difficulté financière. Il serait tout aussi intolérable de mettre plusieurs mois à traiter la réclamation d'une assurée n'ayant pas touché ses indemnités de congé maternité. Quant à nos magasins généraux, le *Lean* leur a permis de gagner de la surface de stockage et d'archivage.

Nous avons construit des « ateliers flash » permettant de traiter des problèmes en une demi-journée, afin de lancer la dynamique et de prouver qu'elle apportait des bénéfices immédiats.



## II-2/ L'innovation participative

J'ai ensuite introduit l'ingrédient-clé qu'est l'innovation participative, invitant tout un chacun à émettre des idées. Ce type de dispositif doit être très bien construit : si les propositions ne sont pas suivies de réaction, le découragement gagne rapidement. Pour des raisons de coût, nous avons bâti notre propre plateforme intranet où les agents peuvent déposer leurs idées et *liker* celles de leurs collègues. Un animateur y est dédié, en relation avec une vingtaine de relais sur le terrain.

Plus de 1 300 idées ont été émises depuis le lancement du dispositif il y a trois ans : covoiturage entre les agents, déclaration d'un médecin traitant pour les assurés de moins de seize ans, codification améliorant la gestion des emails, changement de la dimension des enveloppes ayant permis d'économiser plusieurs milliers d'euros par an...

Des salariés ont proposé de créer des « arbres à idées » dans les services, panneaux où chacun peut punaiser des propositions qui sont ensuite débattues en équipe tous les quinze jours. L'anonymat du dispositif incite à s'exprimer ceux qui n'en ont pas l'habitude.

Si les cadres étaient d'abord majoritaires, les émetteurs d'idées sont aujourd'hui pour moitié des employés. Ceci répond bien à l'enjeu de réduire les strates hiérarchiques pour gagner en agilité.

## II-3/ Un management bienveillant et exigeant

J'ai invité les salariés à édicter les dix principes de management de la Caisse. À la suite de nombreux ateliers, un groupe s'est réuni deux jours avec un consultant pour élaborer la liste finale que voici : j'ai une ambition riche de sens ; je (me) fixe des objectifs au bon niveau ; je cultive la liberté d'action ; j'incite à l'entraide, à la solidarité ; j'accepte l'erreur de l'autre ; je cultive la gratitude ; je prodigue des encouragements ; j'entretiens le sentiment de justice ; je sais reconnaître mes maladresses ; je cultive l'optimisme.

Il aurait été inefficace que j'impose moi-même des préceptes. Ils devaient émerger du personnel, lui correspondre et refléter son activité.

Pour mettre en pratique ces principes d'un management bienveillant et exigeant, j'ai misé sur des microprojets susceptibles de produire des maxi-résultats. Là encore, des groupes *ad hoc* ont eu carte blanche, sous la responsabilité de leaders désignés par leurs pairs.

Parmi les dix projets nés de ces travaux, citons le programme « Vis mon job » grâce auquel un salarié peut passer une journée dans le service de son choix et observer l'activité quotidienne d'agents qu'il ne côtoie pas d'habitude. Il prend conscience de leurs contraintes, des difficultés que peut lui causer le retard pris par d'autres entités...

Autre innovation, des employés ont été associés aux commissions des marchés

pour choisir les prestataires de restauration collective ou de ménage. Certains ont même souhaité s'attaquer aux fournitures de bureau. À notre habitude, nous avons accepté leur proposition. En effet, tout refus de notre part doit être solidement motivé. Ce groupe a réduit les dépenses d'une façon dont nous n'aurions jamais été capables, sauf à être accusés d'une inadmissible pingrerie. Il a institué une plateforme de mutualisation et de réaffectation du petit matériel. Désormais, chaque service désigne un responsable des fournitures chargé, pendant un an, de contenir les dépenses. Si l'équipe ne consomme pas entièrement son budget, elle peut solliciter l'achat d'éléments susceptibles d'améliorer son ordinaire (posters, plantes...). Ceci a merveilleusement fonctionné.

Outre nos nombreuses actions de co-développement, nous assignons un parrain ou une marraine à chaque nouvelle recrue, avant même qu'elle n'arrive à la caisse. Cela lève de nombreuses questions et incertitudes d'ordre pratique.

Pour cultiver la gratitude, un groupe a proposé que les salariés puissent se remercier mutuellement pour des services professionnels, en s'offrant des chèques-cadeaux de quinze euros payés par l'entreprise. Leur attribution n'est pas soumise à la validation de la hiérarchie, mais déclarée et justifiée par le donateur sur l'intranet. Cette mesure a une valeur symbolique majeure, pour un budget dérisoire. Notre agent comptable s'en accommode dans la mesure où il accède à une traçabilité des opérations et où nous respectons le plancher sous lequel ce type d'avantage n'est pas soumis à cotisations.

Je citerai pour finir le programme « Petits cailloux » qui incite à résoudre au fil de l'eau tous les problèmes du quotidien, ces irritants sans grande importance qui peuvent gâcher la vie.

## II-4/ Une plateforme au management transformé

J'ai souhaité qu'un service aille jusqu'au terme de la logique de libération des énergies et gère lui-même son organisation.

Notre caisse compte une plateforme de services où 65 personnes sont chargées de répondre aux appels des assurés et de traiter leurs emails. Elle affichait un *turnover* et un absentéisme records, respectivement de 30 % et 15 %. Un de ses salariés avait émis l'idée d'y instaurer une autogestion des plannings et des horaires, comme le font des organisations similaires du privé. Je me suis rendu dans l'équipe pour en discuter. J'étais prêt à lui laisser les clés, et lui ai demandé de désigner trois personnes – auxquelles s'ajouteraient deux représentants choisis par les organisations syndicales – pour visiter une entreprise avancée dans ce domaine, en l'occurrence Imatech. L'équipe a planché sur son organisation pendant deux mois, puis a mis en place une gestion autonome des plannings quotidiens et des horaires, devenus variables. Les uns et les autres ont pu concilier leurs contraintes personnelles : commencer plus tard, partir tôt pour chercher ses enfants à l'école...

Cette équipe a démontré que la confiance engendrait la performance. Son absentéisme pour maladie a chuté de près de 30 % en 2016. Le taux d'appels décrochés y est passé de 75 % à 90,2 %, et le taux de réponse en 48 heures s'est sensiblement accru. Hier, la risée de la Caisse pour ses piètres performances, cette plateforme est aujourd'hui fière de ses résultats et montrée en exemple. Elle a même fait l'objet d'un reportage au journal télévisé de France 2.



L'expérience sera étendue à d'autres services. « *Innover c'est prendre le risque de proposer des solutions qui ne marchent pas du premier coup, explorer des pistes qui peuvent être sans issue* », témoigne un salarié. « *Il y a donc une mise en danger personnelle et collective qui ne peut se faire que dans un climat de confiance* ».

## **II-5/ Un baromètre qualité de vie au travail**

Avec ses 85 pages, le baromètre social utilisé par l'Assurance maladie est si touffu qu'il en devient inexploitable. C'est pourquoi nous avons lancé un appel à volontaires pour définir des indicateurs propres à notre caisse, aussi plus simples que possible et répondant à nos dix principes d'un management bienveillant et exigeant. Il en est ressorti un baromètre de la qualité de vie au travail décliné en huit critères : motivation, autonomie, équité au travail, reconnaissance de la hiérarchie, ambiance, organisation du travail, contribution aux engagements du précédent baromètre, et enfin satisfaction envers les actions menées depuis le dernier baromètre.

Cette enquête est dispensée tous les six mois. Chaque campagne doit donner lieu à deux ou trois mesures correctives visant les indicateurs les moins bien notés. L'enjeu n'est pas que les services se comparent les uns aux autres, mais mesurent leur propre progression.

C'est une des actions qui m'ont fait le plus peur : j'étais conscient d'instaurer un dispositif dangereux, que j'aurais du mal à rattraper s'il ne fonctionnait pas. Il s'avère au contraire très efficace.

## **II-6/ Une évaluation plus lisible**

À mon arrivée, l'évaluation des agents se fondait sur pas moins de quinze objectifs. Passons sous silence les 82 objectifs assignés aux directeurs, depuis le taux de recours aux médicaments génériques jusqu'à la durée moyenne d'arrêt de travail pour une opération de prothèse de hanche, sur lesquels j'avoue avoir peu de marge de manœuvre, bien qu'une prime d'un mois et demi de salaire en dépende...

J'ai demandé que nous nous limitions à trois critères d'appréciation et d'évaluation des salariés. De nos discussions sont ressortis des objectifs de production quantitatifs et qualitatifs d'une part, de qualité de vie au travail d'autre part, et enfin d'innovation. Outre les rendez-vous annuels, nous organiserons à l'avenir des entretiens intermédiaires plus informels : comment va le salarié ; travaille-t-il dans une bonne ambiance ; se sent-il motivé, bien informé... ?

## **III- Pas d'autonomie sans accompagnement**

D'aucuns ont pu craindre que, dans une logique d'entreprise libérée, je supprime tous les postes de cadres. Il n'en était pas question. Je tenais en revanche à réduire les strates hiérarchiques. De fait, elles sont passées de six à quatre.

### III-1/ La formation des managers de proximité

Nos 80 managers de proximité, courroie de transmission du renouveau, ont bénéficié d'une formation extrêmement soutenue – et onéreuse – pour s'approprier la nouvelle logique organisationnelle. Ils ne devaient pas craindre l'autonomie de leurs collaborateurs. S'ils devaient se montrer intransigeants sur les fondamentaux de leur activité (respect des délais de réponse au téléphone, ponctualité...), ils ont été incités à lâcher la bride sur les modalités de mise en œuvre. Si un collaborateur soumet par exemple une idée pour traiter les réclamations plus vite sans nuire à la qualité, pourquoi ne pas l'expérimenter ? Si elle ne fonctionne pas, il n'en sera pas tenu rigueur au manager, en vertu du droit à l'erreur, à condition qu'il réagisse rapidement.

La fonction de la responsable de la plateforme de services s'est ainsi radicalement transformée une fois l'autonomie instituée. Jusque-là, elle consacrait ses journées à concocter les plannings de ses 65 salariés. Désormais, elle fait en sorte qu'ils travaillent dans de bonnes conditions, les aide à résoudre leurs problèmes, entretient la dynamique d'innovation...

### III-2/ L'apprentissage de l'intelligence collective

Le personnel se forme par ailleurs à l'intelligence collective. Cet accompagnement est particulièrement nécessaire pour les cadres « ancienne formule », rétifs aux nouvelles méthodes de management. Je redouble de pédagogie à leur égard, propose du coaching à certains, affecte auprès d'autres des facilitateurs chargés de résoudre leurs problèmes un à un.

### III-3/ L'équilibre entre vie privée et vie professionnelle

Nous avons amplement travaillé sur la conciliation harmonieuse des vies privée et professionnelle, sujet délicat en région parisienne où les déplacements s'étirent. Et ce, d'autant qu'un employé de la CPAM des Yvelines peut difficilement assumer un loyer à proximité de son siège, à Versailles. Une conciergerie ou encore une salle de gym sont venues mettre de l'huile dans les rouages, sans prétendre que ces mesures relativement cosmétiques justifient à elles seules la satisfaction des salariés. Le télétravail, en revanche, peut y contribuer de façon plus profonde. Notre caisse ne le pratiquait qu'à 2,5 % avant la démarche, tandis que la Caisse d'allocations familiales toute proche atteignait 25 %, et la Sécurité sociale belge 65 %.

Mon intention de développer le travail à distance a rencontré des obstacles. À l'occasion d'un déjeuner avec le personnel – tel que les cadres supérieurs en organisent tous les mois –, j'ai découvert que localement, les employés se le voyaient refuser par leurs managers pour des motifs aussi divers que farfelus. Le directeur adjoint en charge des ressources humaines m'a confirmé que le sujet patinait. J'ai alors publié un billet sur l'intranet reconnaissant que de toute évidence, le télétravail n'avancait pas. Il faut savoir faire preuve d'humilité pour être crédible. J'ai proposé de constituer un groupe de travail chargé d'y remédier. Il a suscité pas moins de soixante candidatures. Les propositions extrêmement intéressantes qui en sont ressorties ont été mises en forme par les Ressources humaines, lesquelles ont introduit un codicille stipulant que toute demande de télétravail devait recevoir leur aval... Je l'ai bien sûr annulé. Nous devons accepter les demandes, sans quoi nous retomberons dans une logique où les managers



---

décideront de couper court au télétravail sans même que j'en sois informé. Tout refus doit être justifié par un membre de la direction générale. De fait, les demandes de télétravail ont explosé. Voilà comment un service support ou une hiérarchie peut entraver une innovation. Dans une même logique, ce sont désormais les cadres et non plus les Ressources humaines qui recrutent les CDD. Cela s'avère plus rapide et efficace.

### **III-4/ L'aménagement des espaces de travail**

L'aménagement des locaux est bien plus structurant qu'on ne l'imagine, mais aussi coûteux. Nous y procédons progressivement, en installant des espaces de coopération, d'autres où s'isoler, d'autres encore pour échanger librement autour d'un café avec un manager ou le directeur général. Tout est fait pour favoriser l'inspiration et la rencontre.

« L'assurance maladie enjoint sans cesse de faire de l'exercice, mais nous sommes assis toute la journée ! » m'a lancé un jour un collaborateur. Ce n'est plus vrai depuis que nous avons concrétisé une idée issue de l'innovation participative et installé un « bureau roulant », tapis de course placé devant un ordinateur... Et lorsque la plateforme de services a proposé de se doter d'une salle de détente avec poufs et baby-foot, elle s'est empressée d'ajouter : « Nous connaissons déjà votre réponse : c'est le résultat qui compte ». Quelle plus belle preuve d'autonomie et de confiance ?

## INOVALI, une expérience d'Innovation Participative à l'URSSAF Midi-Pyrénées

Par **Jean Dokhelar**, *Directeur régional de l'URSSAF Midi-Pyrénées*



et **Rémi Grau**, *Sponsor de la démarche régionale d'innovation participative, Directeur du site du Tarn de l'URSSAF Midi-Pyrénées, pilote de la maîtrise des risques*



*« Le véritable voyage de découverte ne consiste pas à chercher de nouveaux paysages, mais à avoir de nouveaux yeux. » - Marcel Proust.*

L'URSSAF Midi-Pyrénées a lancé une démarche d'innovation participative embarquant des transformations managériales et numériques dans son organisation et ses offres de service. D'abord conduite en interne, cette initiative, baptisée Inovali, s'ouvre progressivement aux cotisants et partenaires de l'URSSAF Midi-Pyrénées.

Cette démarche est un cheminement progressif qui s'articule autour de trois étapes :

- ▼ Le Lab' interne : un socle solide visant à l'engagement des équipes en interne,
- ▼ « La cousinade » : ouvrir la démarche à l'échange avec nos partenaires institutionnels,
- ▼ le Lab' externe : co-construire nos offres de services avec des cotisants, partenaires et startups.

Nos trois ans de recul depuis la conception du projet Inovali, nous permettent aujourd'hui de mettre en exergue quelques facteurs clés pour la réussite d'une démarche d'innovation participative dans un organisme de protection sociale.





Dans le cadre de son projet d'entreprise 2014-2017, l'URSSAF Midi-Pyrénées a lancé une démarche d'innovation participative embarquant des transformations managériales et numériques dans son organisation et ses offres de service. D'abord conduite en interne, cette initiative, baptisée Inovali, s'ouvre progressivement aux cotisants et partenaires de l'URSSAF Midi-Pyrénées.

Précisons que nous n'avons jamais eu l'ambition de faire de l'URSSAF une « entreprise libérée ». Même si nous apprécions et partageons beaucoup d'idées développées notamment par Isaac Getz<sup>1</sup>, notre approche est plus modeste et pragmatique vu notre contexte.

Remettre l'humain au centre du fonctionnement de l'entreprise, établir un climat de confiance des équipes, favoriser l'autonomie au cœur du système managérial paraissent des enjeux communs et partagés.

Notre démarche s'appuie sur un enjeu fort : nous sommes une entreprise de service, en phase de transformation forte, qui d'une approche régaliennne de nos missions doit évoluer davantage vers une approche d'accompagnement et de partenariat pour les entreprises citoyennes. Pour réaliser cette transformation et rendre un service de qualité, dans un contexte de plus en plus contraint et mouvant, des salariés impliqués et motivés qui prennent plaisir au travail sont les meilleurs garants de la réussite de ces défis.

Inovali a fêté ses trois ans en mai 2018 et continue de grandir, avec parfois quelques complications à gérer.

C'est une démarche d'innovation participative pragmatique (I), progressive et construite par étapes (II), et qui permet, avec un peu de recul maintenant, de mettre en exergue quelques facteurs clefs pour réussir ce type de démarche dans des organismes de protection sociale (III).

## I- Une démarche d'innovation participative pragmatique

Un rapide retour sur les objectifs du lancement d'une démarche d'innovation participative à l'URSSAF Midi-Pyrénées, ainsi que sur les travaux préparatoires à ce lancement, permettent de mieux appréhender le contexte.

### I-1/ Les principaux objectifs du lancement de ce type de démarche

En choisissant de développer une forte culture de l'innovation, l'organisme mise sur l'engagement de ses collaborateurs pour préparer l'avenir en mettant en œuvre des idées et solutions nouvelles au bénéfice de l'URSSAF, de ses usagers, de ses collaborateurs.

Cette démarche d'innovation participative vise un triple objectif :

<sup>1</sup> Isaac Getz - L'entreprise libérée : Comment devenir un leader libérateur et se désintoxiquer des vieux modèles, 2017. Liberté & Cie : quand la liberté des salariés fait le bonheur des entreprises, 2012

- ▼ Impliquer les collaborateurs dans l'amélioration de l'efficacité de l'URSSAF et faire bénéficier l'organisme de toutes les idées et talents des équipes.
- ▼ Co-construire l'amélioration de nos offres de service avec nos cotisants, partenaires et startups de l'éco système de Midi-Pyrénées.
- ▼ Faire de cette démarche un des leviers d'une transformation managériale visant à renforcer l'engagement, la confiance, la collaboration, et le bien-être au travail.

Une démarche d'innovation à l'URSSAF ? Du paradoxe à l'évidence.

Le lancement de nos travaux dans le cadre du projet d'entreprise a pu susciter des interrogations chez certains collaborateurs : « pourquoi une démarche innovation à l'URSSAF ? », « ce n'est pas notre cœur de métier »... mais aussi de la curiosité et de l'enthousiasme chez beaucoup d'autres.

Une réflexion sur notre capacité d'innovation a ainsi été adoptée comme ambitieuse mais nécessaire pour préparer l'avenir. Cet avenir, c'est une URSSAF toujours plus efficace, dans un contexte où la Branche Recouvrement s'est fixée l'ambition d'être le recouvreur social de référence. Mais aussi une URSSAF toujours plus agile pour s'adapter à la transformation numérique qui s'impose comme levier d'évolution de nos modèles actuels de production et de relation avec le cotisant.

Convaincus que ces évolutions nécessitent de renforcer la collaboration entre les services (la fameuse transversalité), l'engagement et la créativité des collaborateurs, nous avons recherché comment développer l'innovation participative à l'URSSAF.

Au lancement de ce projet, l'analyse de quelques ouvrages de référence sur l'innovation et nos expertises internes sont venus renforcer nos convictions :

- ▼ Nous pouvons promouvoir, gérer et développer l'innovation à l'URSSAF comme n'importe quel autre processus de travail,
- ▼ Il existe des gisements d'efficacité et de productivité dans les idées que peuvent avoir tous les jours nos collaborateurs dans l'exercice de leur métier. Il faut leur faire confiance, libérer la parole, renforcer l'écoute et notre capacité à concrétiser les bonnes idées.
- ▼ L'amélioration de notre mode de relation avec les cotisants ne sera pas possible sans une association, et plus encore, une adhésion de nos personnels.

## I-2/ Les travaux préparatoires au lancement de la démarche

La démarche a été construite de manière collaborative initialement par un groupe d'une vingtaine d'agents et de cadres volontaires chargés de répondre à la question : « Comment développer l'innovation à l'URSSAF ? ».

Les travaux préparatoires se sont articulés en trois temps : identifier les freins à l'innovation, trouver notre définition de l'innovation, et imaginer une communication « innovante » pour convaincre et impliquer l'ensemble des collaborateurs.



## I-2.1/ Identifier les freins à l'innovation au sein de l'organisme

Quatre freins majeurs à l'innovation ont été identifiés par le groupe de travail.

Le premier réside dans le fait que d'une façon générale, les idées émises par les équipes ont du mal à remonter. Le Baromètre Social Institutionnel (BSI) a mis en évidence que ce constat était partagé par 52% des agents. Le second frein à l'innovation se situe dans la difficulté à concrétiser les idées, notamment au lendemain de la régionalisation qui a fusionné les URSSAF des huit départements de Midi-Pyrénées.

Le troisième obstacle est à rechercher dans l'insuffisante écoute de nos cotisants et partenaires. Le dernier dans notre volonté de tout réaliser en interne alors qu'il peut être plus pertinent dans certaines circonstances de faire appel à des expertises extérieures.

La démarche Inovali essaie d'apporter une réponse concrète à chacun de ces principaux freins.

## I-2.2/ Trouver notre définition de l'innovation pour l'URSSAF Midi-Pyrénées

L'innovation étant un terme neutre qui peut rassembler des concepts et réalités différentes, nous avons donc travaillé au sens et à la définition que nous souhaitons donner à l'innovation au sein de notre organisme. Trois qualificatifs ont été retenus pour l'innovation en Midi-Pyrénées.

**Participative** : la démarche d'innovation doit l'être nécessairement. Le meilleur moyen pour que l'organisme poursuive le développement de ses performances et soit au rendez-vous des défis à venir, c'est que chacun des salariés ait l'ambition et la possibilité d'être acteur, d'apporter toutes ses idées et talents au service de l'amélioration de l'organisme. La démarche Inovali vise à créer une culture et un contexte favorable à l'expression et à la concrétisation des idées ensuite et c'est notre leitmotiv, « personne n'est à l'abri d'avoir une bonne idée ! ».

**Incrémentale** : améliorer l'existant, c'est déjà innover. Il ne s'agit pas tant de trouver l'idée géniale qui va révolutionner le Recouvrement (si on la trouve, on la garde !) mais surtout de chercher à concrétiser les bonnes idées des agents au quotidien. Nous insistons sur ce point pour que personne n'hésite à participer et pour convaincre les équipes que la démarche est bien connectée à la réalité de leur travail quotidien.

**Ouverte** : car c'est au croisement d'approches différentes que naissent les idées. Après avoir développé un socle interne solide, la démarche doit être une passerelle pour favoriser l'ouverture de l'organisme aux cotisants, partenaires et startups, mais aussi à de nouvelles pratiques, et aux nécessaires évolutions managériales et digitales... tout en impliquant systématiquement une grande partie des collaborateurs dans les échanges ou expérimentations menés.

La définition de l'innovation retenue par le groupe : « une idée qui devient réalité » est à la fois le slogan de la démarche mais aussi le résumé de notre programme de travail :

- ▼ « Une idée » Il nous faut solliciter, collecter les idées que peuvent avoir tous les jours chacun de nos collaborateurs pour améliorer l'efficacité de leurs pratiques,
- ▼ « qui devient réalité » il nous faut développer une organisation pérenne susceptible d'accompagner et de concrétiser les idées.

### I-2.3/ La communication

Les modalités de communication sont variées : affiches, newsletter, dessin animé, manifestations conviviales, interviews radio etc. Tout l'enjeu consiste à ce que le personnel s'approprié la démarche et s'y engage. Le principe retenu est de favoriser l'essaimage et que les supports de communication viennent en appui de présentations réalisées par des agents investis dans la démarche auprès de leurs collègues. Les messages doivent nécessairement être simples et « faciles à transmettre à la machine à café ». Les manifestations « cocktails de l'innovation » etc. visent à être courtes, collaboratives et toujours renouvelées sur la forme pour surprendre, impliquer les équipes et les convaincre de la capacité de la démarche à faciliter et accélérer la concrétisation des idées.

## II- Une démarche progressive et construite par étapes

Notre démarche d'innovation participative est un cheminement progressif qui s'articule autour de trois étapes :

- ▼ Le Lab' interne : un socle solide pour l'implication des équipes en interne
- ▼ « La cousinade » : ouvrir la démarche à l'échange avec nos partenaires institutionnels
- ▼ le Lab' externe : co-construire nos offres de services avec des cotisants et startups

### II.1/ Le Lab' interne : un socle solide pour l'implication des équipes en interne

Pour développer la culture de l'innovation et susciter l'adhésion, nous avons largement associé les équipes aux réflexions sur les thèmes stratégiques identifiés pour gagner en efficacité, lancé une démarche d'optimisation des processus de travail et développé une plateforme dédiée à la remontée des idées.

➔ **Trois dispositifs ont été lancés pour collecter les idées des collaborateurs:**

- ▼ **Lancement de six chantiers sur les thèmes identifiés comme stratégiques** pour l'organisme réunissant 75 collaborateurs : « mieux gérer et diminuer les flux entrants », « favoriser les outils collaboratifs », « rendre le cotisant acteur de son compte », « piloter en juste à temps », « développer les partenariats indispensables à l'efficacité du recouvrement », « déployer une démarche d'innovation participative interne ».

La mobilisation des collaborateurs sur ces chantiers innovation, mais aussi sur l'ensemble des 24 chantiers du projet d'entreprise (plus de 300 des 600



collaborateurs y ont participé sur la base du volontariat), a constitué un pré requis majeur dans la réussite de la plate-forme collaborative de collecte des idées. Le lancement d'une plate-forme peut en effet échouer s'il ne s'inscrit pas dans une dynamique générale d'association du personnel.

#### ▼ Mise en œuvre d'ateliers d'optimisation des processus

En complément des réflexions sur les thèmes stratégiques, des ateliers d'optimisation des processus ont été lancés permettant de focaliser sur l'activité métier quotidienne des équipes.

En pratique, ces ateliers réunissent les acteurs du processus sélectionné pour identifier les gisements de productivité et de simplification. Des solutions de mise en œuvre sont ensuite proposées, et les résultats évalués. Cette méthode, très structurée et très appréciée par les équipes, donne aux opérationnels une initiative inédite sur l'amélioration de leur environnement et de leurs modalités de travail.

Dans la logique des communautés apprenantes, elle permet à chacun des participants de s'enrichir de la connaissance des tâches réalisées en amont et en aval de son intervention et facilite l'harmonisation des pratiques. Elle favorise enfin la réflexion autour de la productivité individuelle et collective, les principaux gains d'efficacité résidant le plus souvent dans la bonne articulation des étapes d'un processus.

Une dizaine d'ateliers ont été lancés depuis 2016 et se sont traduits par un grand nombre d'idées pragmatiques et donc souvent relativement faciles à concrétiser.

#### ▼ La création en interne d'une plateforme collaborative permettant à l'ensemble du personnel de déposer, de commenter les idées, et de suivre les différentes étapes de leurs concrétisations.

La plateforme collaborative constitue la colonne vertébrale de la démarche. Développée en interne, elle permet de recueillir les idées de tous les collaborateurs. Son architecture est très simple : elle ne comporte que trois boutons. Le premier est consacré au dépôt des idées et le deuxième à la consultation des idées ainsi qu'à leur enrichissement. Il est ainsi possible de suivre la totalité du parcours des idées depuis le dépôt jusqu'à la mise en œuvre. Le troisième bouton est celui des challenges que la direction propose pour associer le personnel aux réflexions en cours.

L'émetteur de l'idée est systématiquement tenu informé à chaque étape et associé au groupe chargé de la concrétisation de son idée.

→ **Deux groupes ont été constitués pour faciliter la concrétisation des idées : un Comité pour l'innovation et un réseau de promoteurs.**

Un comité composé d'agents et de cadres est chargé d'accompagner les idées jusqu'à ce qu'elles deviennent réalité, mais aussi de veiller sur ce qui se passe ailleurs... Le Comité est renouvelé régulièrement pour favoriser une large participation des collaborateurs volontaires.

Un réseau de promoteurs assure l'accompagnement de la démarche sur les sites, l'animation des journées thématiques et l'aide éventuelle des équipes pour déposer des idées sur la plateforme.

Le Comité et le réseau des promoteurs sont le moteur de la démarche. Cette communauté a-hiérarchique « incubé » les bonnes idées, accompagne les intrapreneurs mais pas seulement. Elle propose et co construit avec la direction la stratégie globale. Elle ne doit pas s'arroger à elle seule les projets mais au contraire participer à diffuser largement les innovations et les nouvelles pratiques identifiées.

**Premiers résultats, quelques mois après le lancement de la plateforme Inovali :**

- ▼ Sur les 150 idées déposées, 50 ont pu être mises en œuvre, seule une dizaine n'a pas été retenue ou mise en attente par la direction. La priorité a été donnée à la concrétisation des idées qui ont le plus d'impact en termes d'efficacité en interne ou de gains dans la relation avec le cotisant.
- ▼ les premières idées se sont concentrées sur la qualité de vie au travail et le développement durable. Désormais, la plupart portent sur l'amélioration des processus de travail ou sur le service apporté aux cotisants. La direction propose également des challenges par le biais de cette plateforme pour associer les collaborateurs aux réflexions en cours et récompenser les meilleures idées sur un sujet (« Comment décloisonner les services ? », « Vos idées pour améliorer votre travail quotidien »).
- ▼ Certaines idées déposées ont été reprises au plan national :
  - ▼ La promotion des offres de services au recto des courriers (en remplacement des plaquettes de promotion des e-services : gain de 185 000 courriers envoyés chaque année en région).
  - ▼ Une nouvelle relance amiable Auto Entrepreneur incitant à régulariser en dématérialisation (augmentation de 7,6 points le taux de régularisation par voie dématérialisée).
  - ▼ L'envoi de sms à chaque étape du parcours du créateur d'entreprise.
  - ▼ Les webinaires, que nous réalisons depuis 2017, représentent une révolution dans les relations avec les cotisants. Ils répondent aux difficultés que l'URSSAF rencontre pour transmettre ses messages aux cotisants par le biais de réunions. Lors d'un webinaire un groupe de



cotisants ou de partenaires, reçoit un lien vers un séminaire en ligne, visualisent les intervenants ainsi que le support de l'intervention, et peuvent poser leurs questions en direct par tchat. Ces web conférences peuvent être visionnées en replay et lorsque la question le nécessite le participant est rappelé par les services pour un traitement de sa situation individuelle.

Cette solution allie une révolution digitale avec un traitement humain encore plus individualisé de la situation du cotisant. Une solution 100 % dématérialisée et 100 % personnalisée.

## **II-2/ « La cousinade » : ouvrir la démarche à l'échange avec nos partenaires**

Notre ambition a ensuite été de proposer quelque chose de nouveau afin de stimuler les collaborateurs en les confrontant avec des points de vue extérieurs.

La CPAM et la CAF de Haute-Garonne, la CARSAT Midi-Pyrénées et Pôle Emploi Occitanie, ont répondu favorablement à notre proposition d'organiser une journée de co-construction mixant nos équipes.

Le nom de « Cousinade » a été retenu pour cette journée qui met en avant les notions de « grande famille », « innovante » et au « service du public ». Cette manifestation devrait devenir un événement pérenne.

Les objectifs de cette première cousinade consistent à associer largement nos collaborateurs (une centaine de participants) afin :

- ▼ de partager nos démarches d'innovation participative et nos concrétisations,
- ▼ de travailler en atelier sur des thématiques communes,
- ▼ de réfléchir à la possibilité d'expérimenter une offre conjointe aux OPS pour une catégorie d'usager,
- ▼ permettre à nos collaborateurs de se connaître et renforcer nos partenariats...

Les thématiques retenues répondent aux enjeux communs aux cinq organismes et aux potentialités de développer des offres conjointes. Des ateliers sont ainsi prévus sur trois thématiques : « la transformation digitale », « la fracture digitale », et « l'offre de service commune à expérimenter auprès d'une catégorie d'usager ». Les travaux initiés en ateliers ont vocation à se poursuivre et se concrétiser dans le cadre de groupes de travail dédiés inter OPS.

Les OPS de la région partagent la même conviction qu'une offre de service innovante à une catégorie d'usagers pourrait être une offre commune intégrant les spécificités des offres respectives des différents organismes. La collaboration ren-

forcée et la perspective d'offres conjointes peuvent venir valoriser auprès du grand public la reconnaissance de la Protection Sociale, de ses composantes, de ses missions et démarches d'innovation.

## **II-3/ Le « Lab' » externe pour co-construire nos offres de services en lien avec nos cotisants et en sollicitant l'écosystème des startups de Midi-Pyrénées**

La démarche Inovali « le Lab » répond à un double objectif : s'ouvrir vers de nouvelles méthodes de co-construction et sur l'éco système des startups de la région.

L'URSSAF Midi-Pyrénées est accompagnée dans cette démarche par la Mêlée Numérique, association et incubateur ayant pour vocation de promouvoir les tendances du numérique et de l'innovation auprès des acteurs régionaux.

### **II-3.1/ Co-construire nos offres de services à nos cotisants et partenaires grâce au design thinking**

La démarche « Inovali le Lab » consiste à construire, en associant collaborateurs, cotisants, partenaires et startups, les projets d'offres les mieux adaptées aux besoins des cotisants dans leur parcours d'échange avec l'URSSAF.

L'objectif principal, de cette expérimentation nationale menée par l'URSSAF Midi-Pyrénées, est de **détecter des besoins utilisateurs, co-construire et prototyper les solutions** les plus adaptées pour les expérimenter et les proposer éventuellement à notre caisse nationale.

Les experts comptables et les jeunes entreprises de moins de trois ans ont été les premiers publics ciblés.

La démarche lancée en novembre 2017 se décompose en plusieurs étapes :

- Une étape « empathie » pour comprendre les parcours des cotisants et leurs interactions avec l'URSSAF et ainsi extraire les besoins et difficultés qu'ils expriment,
- Une étape « définition » pour synthétiser les premiers travaux et reformuler les problématiques à résoudre et défis à relever.
- Une étape « idéation » pour répondre aux défis identifiés lors des étapes précédentes.

A l'issue, nous déciderons de la démarche pour modéliser et tester les solutions co-construites. Certaines pourront être développées en interne, d'autres modélisées avec l'aide de startups, designers, makers... de l'écosystème de la Mêlée puis proposées en test à nos publics cibles.

Cette démarche pourra ensuite être proposée à tout segment des cotisants de l'URSSAF. C'est aussi un excellent levier de motivation pour nos équipes internes.

### **II-3.2/ Développer une offre de service dédiée aux startups et un partenariat avec les incubateurs**

Les startups peuvent être définies comme « des organisations temporaires à la recherche d'un business model permettant une croissance exponentielle » (Steve Blank). Ces structures sont



caractérisées par leur potentiel d'innovation et de croissance, tout autant que par leur vulnérabilité. Si certaines réussites sont spectaculaires, de nombreuses startups échouent.

Les startups nécessitent un accompagnement spécifique à certaines étapes clés : création, première embauche, difficulté de trésorerie, industrialisation de leur projet... L'objectif de l'URSSAF est de mieux appréhender et répondre à leurs besoins mais aussi de développer des partenariats pour progresser dans notre démarche d'innovation participative.

Notre démarche a débuté par une phase d'échange avec les principaux acteurs de l'écosystème de Midi-Pyrénées. Elle se poursuit par des travaux avec des startups mais aussi avec la Mêlée, la French Tech et les principaux incubateurs de l'écosystème Midi-Pyrénées. Notre objectif est de bâtir une offre d'accompagnement spécifique aux startups en s'appuyant sur les incubateurs qui pourraient jouer un rôle de tiers de confiance, de relais dans sa mise en œuvre.

Ces travaux et échanges visent aussi à faciliter le co-développement de projets de l'URSSAF avec des startups, soit en travaillant ensemble soit par la découverte de services ou de savoirs faire externes à solliciter pour développer nos projets.

### III- Quelques facteurs clés pour réussir le lancement d'une démarche d'innovation participative

Notre expérience est récente mais confirme à la fois les points forts attendus et les points de vigilance et risques inhérents au déploiement de ce type de démarche dans nos organismes.

#### III-1/ Une confirmation des points forts attendus

Parmi les nombreux éléments positifs, nous retenons :

- ▼ Inovali apporte des réponses pragmatiques aux principaux freins à l'innovation identifiés et aux objectifs fixés au lancement du projet,
- ▼ Une majorité de cadres et d'agents sont convaincus de l'intérêt de la démarche. 68 % d'entre eux estiment, dans le bilan du projet d'entreprise que la démarche a un impact positif sur la capacité de l'organisme à innover. Les cadres en ont également souligné, en séminaire de préparation du CPG, les bénéfices. Par ailleurs, l'ensemble des participants aux différentes actions (ateliers d'optimisation, Lab, cousinade...) sont aujourd'hui les meilleurs relais de sa promotion.
- ▼ Une communauté d'acteurs investis (comité, promoteur, émetteur régulier d'idées...) porte la démarche avec enthousiasme et y apporte ses savoirs faire, expertises, etc. Les gains en termes d'efficacité et de motivation des équipes vont bien au-delà de nos premières attentes.
- ▼ Une cinquantaine d'idées déposées sur la plateforme est aujourd'hui

concrétisée, de nombreuses autres dans le cadre des ateliers d'optimisation.

- Les lancements du Lab et de la cousinade sont prometteurs et la dynamique lancée avec nos cotisants et partenaires vient aussi renforcer l'engagement des agents en interne.
- En 2017, la démarche Inovali a remporté deux prix de l'innovation. Le prix de l'innovation et du développement durable UCANSS et Direction de la Sécurité sociale dans la catégorie « innovation managériale » et le Trophée Argent dans la catégorie « transformation managériale » aux Trophées de l'innovation organisé par le réseau Innov'Acteurs.
- Ces prix et l'adhésion au réseau Innov'Acteurs favorisent les échanges avec d'autres organismes et entreprises privées investies dans l'innovation participative.
- Inovali participe bien à l'objectif plus général de l'organisme de renforcer la reconnaissance, l'engagement des équipes et la qualité de vie au travail.
- ...

Ces éléments positifs ne doivent pas masquer l'attention portée aux risques et difficultés rencontrées.

### III-2/ Une vigilance aux risques inhérents au déploiement de cette démarche

Parmi les risques et difficultés observés au déploiement de la démarche, il nous semble particulièrement important de :

- Bien concilier la démarche d'innovation participative avec l'organisation en place

L'innovation participative consiste à « *développer le mode collaboratif (résolution de problèmes en petits groupes et en autonomie) en parallèle de l'organisation hiérarchique traditionnelle* », « *à redonner des marges de manœuvre par des dispositifs et micro actions qui redonnent du souffle et de l'air aux organisations et aux personnes* »<sup>2</sup>. « *Les promoteurs d'idées nouvelles sont souvent initialement perçus comme des intrapreneurs voir des pirates ou corsaires dans les organisations* »<sup>3</sup>.

En pratique, les démarches d'Innovation Participative peuvent venir questionner nos organisations hiérarchiques encore relativement cloisonnées. Dans un premier temps, par exemple il peut s'avérer déstabilisant pour certains cadres et directeurs de fonction qu'un collaborateur propose des idées dans son secteur d'activité, alors que certaines idées déposées peuvent déjà être en cours d'élaboration par d'autres acteurs.

Dès lors, il est important de :

- bien positionner la démarche au service de chacune des composantes de l'organisme. L'innovation participative doit être conçue comme un canal supplémentaire de remontée d'idées venant enrichir celles des cadres et groupes dédiés.

2 David Autissier, Kevin Johnson, Jean-Michel Moutot, *L'Innovation managériale*, Eyrolles, 2018

3 Muriel Garcia et Nadège de Peganow, *Mettre l'humain au cœur de l'entreprise*, Scrinéo, 2012



- ▼ Réaliser une communication et des bilans réguliers sur les idées mises en place en valorisant la concrétisation autant que l'expression des idées, et mettre l'accent sur les différentes améliorations plus que sur la démarche innovation elle-même.
- ▼ Impliquer préalablement l'encadrement et bénéficier du soutien de l'équipe de direction.

La démarche visant à libérer la parole et promouvoir l'engagement des collaborateurs se conjugue avec une évolution du rôle de l'encadrement. Celui-ci n'est plus seulement expert et superviseur mais aussi développeur de compétences, animateur de l'intelligence collective et de l'innovation. C'est une évolution dont il ne faut pas minimiser la difficulté de mise en œuvre, notamment pour l'encadrement de proximité.

C'est un point sur lequel nous voulons insister et qui nous différencie des théories de l'entreprise libérée. Il convient bien sûr de s'interroger sur les simplifications et raccourcissement des chaînes managériales, mais nous sommes convaincus que la place des managers doit être confortée et renforcée pour assurer les transformations à venir. À nous de les aider aussi dans ces mutations, par des formations adaptées notamment.

- ▼ Ne pas aller trop vite et risquer de perdre les équipes en donnant l'impression que l'innovation est réservée à quelques « happy few »
  - ▼ la démarche doit être un cheminement avec à chacune de ses étapes un essaimage et un mélange au niveau des participants entre les convaincus et les novices. La création d'un Comité a-hiérarchique peut être à la fois un moteur de la démarche et la garantie qu'elle « appartient » à tous les collaborateurs qui souhaitent s'y engager.
- ▼ Ne pas décevoir et gérer la difficulté à concrétiser rapidement les idées.

L'enjeu de la concrétisation rapide des idées est le plus difficile à tenir.

L'innovation c'est souvent « faire, expérimenter et produire un résultat inattendu ». Or, nous commençons traditionnellement par définir le résultat attendu et travaillons sans s'accorder de droit à l'erreur ou à l'expérimentation.

Par ailleurs, l'arrivée souvent massive d'idées au lancement d'une telle démarche, les circuits de validation, de mobilisation des acteurs clés et le nombre de projets déjà planifiés ne facilitent pas toujours la réactivité.

- ▼ Face à ces enjeux, la recherche de nouvelles méthodes, les ateliers d'optimisation, le design thinking, l'ouverture aux cotisants, partenaires ou startup... peuvent nous aider à enrichir nos pratiques pour rechercher des idées et accélérer leur concrétisation.

- ▼ Il faut penser en amont l'organisation et les outils facilitant l'accompagnement des idées et réinterroger régulièrement le processus pour optimiser chacune de ses étapes.
- ▼ Veiller à ne pas perdre l'enthousiasme initial des acteurs clés

Le choix a été fait par l'URSSAF Midi-Pyrénées de ne pas positionner d'acteurs dédiés avec du temps identifié pour ces travaux. Le temps disponible et les arbitrages individuels et hiérarchiques avec d'autres missions peuvent parfois constituer des équilibres complexes et fragiles.

- ▼ Il est essentiel de permettre une reconnaissance, notamment dans le cadre des entretiens d'évaluation, de la participation à la démarche des promoteurs, membres du Comité, émetteurs d'idées.... La reconnaissance peut également être actionnée par l'intérêt de la participation aux différents projets et événements liés à la démarche (participer à une remise de prix, à la présentation d'Inovali à des partenaires, aux travaux Lab ou la cousinade etc). Un équilibre est à trouver entre l'ouverture de la démarche à une majorité de collaborateurs et la participation de membres du Comité ou promoteurs.
- ▼ **Ne pas opposer autonomie et gestion procédurale.** C'est un des sujets les plus importants et des plus compliqués à l'avenir. Certains agents, au fur et à mesure du déploiement de ces démarches d'innovation participative, sont demandeurs de plus d'autonomie, de délégation et de marges de manœuvre dans leur travail quotidien. Comment rendre compatible cette envie légitime, et recommandée, avec notre culture de processus standardisés et harmonisés, et notre pratique de contrôle interne strict ? Les modes d'organisation étant souvent des balanciers, il est peut-être temps, après une période de process très contrôlés, de promouvoir l'autonomie dans une cadre organisé.

## Perspectives

Une démarche d'innovation participative est un cheminement progressif qui doit mobiliser toutes les sources d'innovation. Notre démarche s'appuie ainsi d'abord sur un socle interne solide avant de se déployer en « open innovation » vers la co-construction avec les partenaires (cousinade), les cotisants et start up (LAB).

Le respect des étapes et de leur consolidation, la communication régulière sur les concrétisations sont incontournables pour l'adhésion des équipes. L'engagement de la direction régionale et de l'encadrement, comme la constitution d'une équipe passionnée sont aussi des ingrédients indispensables. Il ne faut enfin pas perdre de vue que « *l'innovation participative, c'est d'abord du management. Il s'agit de motiver les collaborateurs qui veulent faire quelque chose en plus en les valorisant et en ne les décevant pas* »<sup>4</sup>.

Le premier objectif recherché doit être modestement de créer une culture et un contexte favorable en libérant la parole, en offrant une écoute bienveillante et en faisant confiance aux colla-

4 Muriel Garcia et Nadège de Peganow, *Mettre l'humain au cœur de l'entreprise*, Scrinéo, 2012



borateurs. Les équipes s'approprient progressivement la démarche et les résultats en termes d'innovation, de gains d'efficacité et de motivation vont bien au-delà de nos premières attentes.

Inovali est un socle sur lequel l'organisme souhaite aujourd'hui s'appuyer pour accompagner la transformation digitale de l'entreprise dans le cadre d'une stratégie visant à préparer, former et encourager les agents, acteurs incontournables des évolutions en cours.

C'est enfin et surtout une démarche qui nécessite humilité et ténacité, pour lever les difficultés et rechercher l'adhésion. C'est pourquoi nous ne résistons pas au plaisir de citer cette pensée attribuée à Pierre Desproges : « Un jour, j'irai vivre en Théorie, car en Théorie tout se passe bien ».

## Quels repères pour le manager dans la jungle numérique ?

**Par Xavier Carponcin**, sous-directeur des fonctions supports et de l'innovation à la CAF de la Haute-Garonne



*Après une formation initiale scientifique, Xavier Carponcin a débuté sa carrière comme responsable des études et des statistiques au sein de la Caisse primaire d'assurance maladie de Pau (Pyrénées-Atlantiques). Cette première expérience de manager lui a donné envie d'en savoir plus sur le sujet et de l'expérimenter à plus grande échelle.*

*Après avoir obtenu le titre d'ancien élève de l'EN3S, il est aujourd'hui sous-directeur en charge des fonctions supports et de l'innovation à la CAF de la Haute-Garonne. Il conduit avec le Directeur une démarche de transformation managériale visant à favoriser et prendre en compte l'expression et les potentiels de chacun.*

### Résumé

*Le monde professionnel est aujourd'hui envahi par le numérique. La grande majorité des managers estiment que la transition numérique est un sujet essentiel de leur quotidien. Pour la réussir, ces managers doivent adapter leur management, leur positionnement et développer de nouvelles compétences.*

*En premier lieu, il s'agit de comprendre qu'à l'heure du numérique, les équipes attendent un leadership basé sur une vision, un sens et l'autonomie de chacun. Ils n'attendent pas un chef qui serait le spécialiste technique des outils numériques.*

*Si l'éclatement des temps et des lieux de travail rend les réunions physiques plus difficiles à organiser, le manager doit trouver le moyen de faire participer les collaborateurs qui le souhaitent aux prises de décision, pour faciliter l'adhésion : le développement d'un réseau social interne ou des séances de travail organisées en mode créatif peuvent y contribuer.*

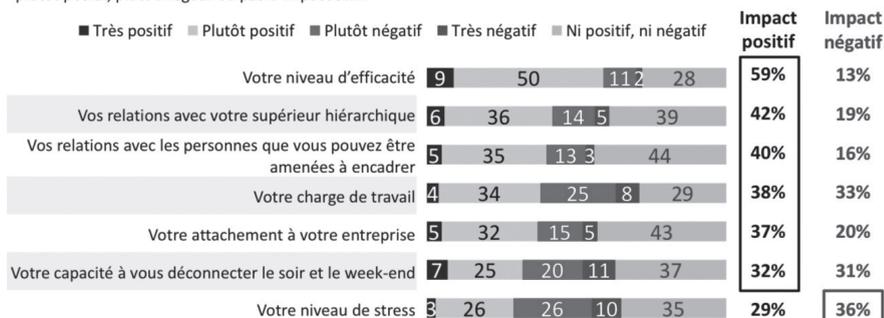
*Enfin, le manager doit travailler sur lui-même en s'inspirant de la posture des coaches pour libérer le potentiel des équipes, en affichant une attitude humble, un esprit curieux et en acceptant les erreurs.*

Le numérique est entré dans les entreprises en plusieurs étapes : les grands systèmes dans les années 70, la micro-informatique dans les années 80, internet et les e-mails dans les années 90.

Pour qualifier ces dernières années en matière de numérique dans l'environnement professionnel, on peut parler d'un envahissement. Il a modifié les expériences clients (ou usagers), fournisseurs, collaborateurs : big data, IA, Api, Byod, télétravail, réseaux sociaux, ... n'en jetez plus. C'est peut-être ce que se disent certains managers. Ils doivent parfois gérer leur syndrome

Fomo (Fear of missing out) qui fait de leur smartphone le prolongement de leur main tout en assurant la promotion du droit à la déconnexion. Selon un sondage conduit par IPSOS pour le CESI en partenariat avec Le Figaro en avril 2016<sup>1</sup>, 71 % des cadres voient la transition numérique comme un sujet essentiel au sein de leur entreprise. Et 63 % disent qu'elle constitue une opportunité.

Selon vous, le développement des outils numériques (usage croissant du mail, possibilité de télé-travailler, plateforme de gestion RH, intranet, réseaux sociaux d'entreprise...) dans votre entreprise a-t-il un impact plutôt positif, plutôt négatif ou pas d'impact sur...



Alors comment le manager doit-il se positionner dans cette e-jungle ? Qu'attendent ses équipes ? Reste-t-il le sachant distribuant l'information et le travail ? Quelles compétences doit-il développer pour lui et son équipe ? Cet article a pour objectif d'apporter des éléments de réponse à ces questions, illustrés par quelques témoignages.

## I- Quel positionnement du manager à l'ère du tout numérique ?

Les managers doivent-ils se transformer en geeks hyper connectés pour rester crédibles auprès de leurs équipes ? Probablement pas. Il n'est pas attendu prioritairement du manager qu'il mesure et évalue les capacités numériques des membres de son groupe, qu'il donne des conseils sur la façon d'utiliser les outils collaboratifs ou encore des explications sur la compatibilité entre deux systèmes d'information. Les attentes qu'expriment aujourd'hui les salariés sont toutes autres. Elles concernent un véritable **changement du modèle de management**, méthodique et adapté à chaque contexte.

### I-1/ Un nouveau modèle de management

Le fonctionnement « contrôle / sanction », ou encore « bâton / carotte » a vécu. La prédominance du numérique dans l'environnement professionnel est corrélée avec la présence massive de salariés issus de la génération Y et même de la suivante. Et leur cadre de référence pour le travail, c'est :

- ▼ propose moi une **mission qui a du sens**, pour laquelle je suis prêt à donner le meilleur de moi-même au sein d'un collectif (dis-moi en quoi

1 Eric Dosquet, Jean-Christophe Conticello, Frédéric Dosquet, Bertrand Dour, Arie Van Bennekem, *L'Innovation Agile - Guide de survie dans un monde en disruption*, éditions ENI, 2017.

le monde va aller mieux grâce à mon job plutôt que de me donner un catalogue de procédures),

- ▼ soit un **leader inspirant** que l'on a envie de suivre, un modèle (donne-moi une vision de demain, une voie vers l'excellence, plutôt que de mesurer ma production et m'imposer des règles),
- ▼ confie-moi une mission ou des tâches que je pourrai **gérer en autonomie**, en apportant mon expertise à celles d'autres collègues dans le cadre d'un projet mené en mode collaboratif (regarde la qualité de mon travail et ma plus-value plutôt que de surveiller mes horaires).

Il s'agit donc pour le manager de comprendre les nouveaux codes du leadership pour amener son équipe vers le résultat attendu. Pas besoin d'être un spécialiste des nouvelles technologies, la plupart des collaborateurs le sont déjà. Le tableau suivant, fourni par <https://www.coachingperformance.com>, permet de préciser l'évolution attendue du modèle de management en comparant l'ancienne culture à la culture transformée.

### Caractéristiques d'une culture de haute performance

#### Ancienne culture

- In/dépendance
- Hiérarchie/concurrence
- Règles imposées
- Peur
- Croissance/excès
- Quantité
- Enseignement
- Succès
- Satisfaire le patron
- Sanction
- La carotte et le bâton
- Crainte du changement
- Culte du secret et censure
- Traitement des urgences

#### Culture transformée

- Interdépendance
- Partenariat/collaboration
- Valeurs personnelles
- Confiance
- Pérennité, mesure, stabilité
- Qualité
- Apprentissage
- Service
- Etre et faire pour le mieux
- Evaluation objective et apprentissage
- Auto-motivation
- Appétence au changement
- Ouverture et honnêteté
- Réflexion stratégique à long terme

Coaching for Performance – Level 1  
© 2017 Performance Consultants International

## I-2/ Valoriser les expertises des collaborateurs dans un cadre clair

Accepter le **reverse mentoring** peut constituer un acte fort démontrant la volonté et la capacité à déployer un nouveau mode de management. En effet, accepter d'être formé à de nouveaux outils par un membre de l'entreprise, souvent plus jeune, va à l'encontre de la plupart des clichés du manager du siècle dernier. Il s'agit donc d'une façon d'accroître sa légitimité en montrant à son équipe que les notions de hiérarchie, de règles imposées ou de crainte du changement ne sont plus d'actualité.

Le manager pourra utilement être accompagné de cette façon sur les réseaux sociaux ou dans le cadre du déploiement de nouveaux outils numériques. Poursuivant cet objectif, un réseau



d'ambassadeur a été créé à la CAF de la Haute-Garonne pour le déploiement de nouveaux outils collaboratifs en ligne. Il s'agit de véritables accompagnateurs de proximité au service de l'ensemble de leurs collègues, direction incluse. Cadres ou non cadres, tous les volontaires ont pu se porter candidat à partir du moment où ils démontraient une appétence pour le numérique et un goût pour la pédagogie.

Si le manager n'a pas à être un hyper spécialiste du sujet, il doit toutefois montrer son intérêt pour la matière. Une présence régulière sur certains réseaux sociaux peut ainsi être opportune. De la même façon, pour manager une équipe physiquement éclatée, notamment par le développement du télétravail ou l'élargissement des plages horaires de travail, le **déploiement d'un outil de communication, d'échanges**, réservé aux équipes est opportun. Le culte du secret a disparu, le manager doit mettre à disposition de tous un moyen de partager l'information et de l'échanger en temps réel. C'est ainsi que la CAF de la Haute-Garonne, comme d'autres organismes de sécurité sociale, a ouvert un réseau social interne, utilisé quotidiennement par différents groupes. Cet outil permet de décentraliser la production de l'information dans la mesure où chacun peut poster sur la vie de l'équipe ou des projets. Cela permet d'une part d'éviter d'attendre la réunion du lundi pour partager les actualités et d'autre part de ne plus faire peser sur le seul cadre le poids de la centralisation puis de la redescende de l'information. En outre, le déploiement d'un tel outil répond aux aspirations des collaborateurs toujours plus prompts à introduire dans le milieu professionnel les usages numériques déjà à l'œuvre dans la sphère privée.

Conférer autonomie et confiance aux salariés est essentiel. Cela n'exonère toutefois pas le manager de **fixer un cadre de travail, léger mais clair**, permettant à chacun de se repérer et d'être certain qu'il évolue dans la zone où l'on l'attend. Comme me le rappelait récemment Bertrand Dour, co-auteur du livre « Innovation agile »<sup>2</sup> : « *tu ne joues pas au foot sans terrain ni règles, tu joues au ballon* ». Il s'agit donc d'être au clair sur le contexte qui permettra aux équipes de s'organiser et d'être efficaces ensemble.

## II- Pourquoi travailler ensemble différemment ?

À l'heure du tout numérique et malgré le développement des réseaux sociaux internes, les collaborateurs ont aussi besoin de voir leur manager et leurs équipes en chair et en os. Ok, il est devenu presque impossible de réunir toute une équipe. Peu importe, il faut **créer les occasions pour travailler ensemble en présentiel** lorsque cela est possible, même si cela peut sembler anachronique.

### II-1/ Les collaborateurs doivent pouvoir participer à la prise de décision.

Il s'agit de s'affranchir des méthodes du début du siècle, époque au cours de la-

2 Observatoire social de l'entreprise, regards croisés entre chefs d'entreprise et salariés, sondage Ipsos pour le CESI en partenariat avec Le Figaro, avril 2016.

quelle le porteur de projet ou de la problématique, qui était souvent le cadre du service, présentait à la fois sa vision des choses et le plan d'action associé. 9 fois sur 10 tout ceci était validé sans observation, sans réelle prise en compte de l'avis des personnes présentes autour de la table. Aujourd'hui, avec cette méthode, vous avez toutes les chances de vous retrouver rapidement seul autour de la table. Prenant en compte les attentes des équipes, il faut **donner la possibilité de participer à la prise de décision**.

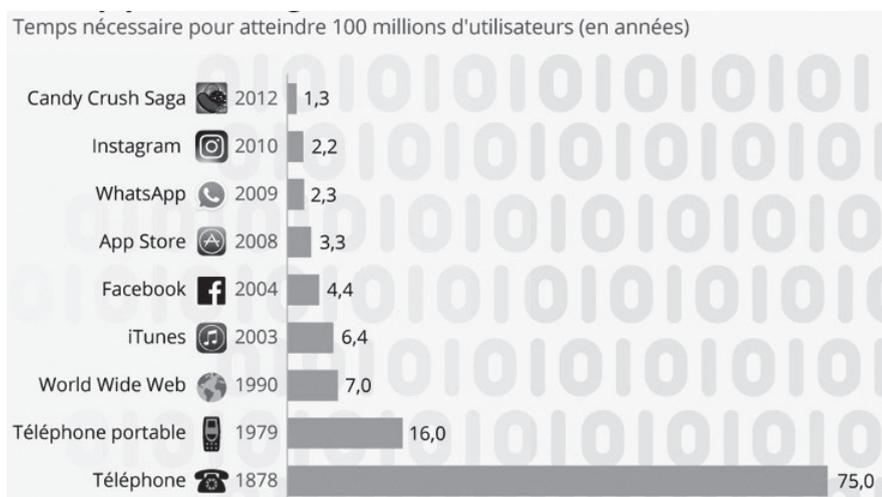
Il n'est bien entendu pas envisageable que tout le monde participe à chaque prise de décision. Mais un maximum de personnes doit pouvoir le faire. Une réunion de travail, ce doit être un moment et un lieu où chacun contribue. Pour cela, le meilleur moyen que j'ai trouvé à ce jour, c'est **d'utiliser les techniques de créativité** basées sur deux grands temps : la divergence pendant laquelle on ouvre et on recense un maximum d'options, sans jugement et sans censure, puis la convergence où il s'agit de faire des choix judicieux à partir de critères de priorisation. J'ai été bluffé par la puissance de ces techniques qui demandent au manager d'exposer sa problématique et de déterminer les attendus de la séance (orientations d'un projet de service, plan d'action,...). Entre les deux, il participe comme un autre collaborateur et délègue l'animation à un facilitateur. Cette méthode s'avère facile à gérer pour le manager, adaptée aux attendus des équipes et efficace en matière de livrables en fin de séance. Il doit donc faire confiance et lâcher prise avec son référentiel de manager du siècle dernier. Le choix du facilitateur est évidemment primordial et pour cela quelques prises de référence s'avèrent judicieuses. C'est ce qui a été fait au sein de la CAF de la Haute-Garonne grâce à une formation organisée dans un format de trois sessions de deux jours, proposée aux managers d'équipes ou de projets et assuré par Mélanie Grillou-Jonville, animatrice et facilitatrice en créativité. Le Directeur de la CAF, Jean-Charles Piteau, a souhaité valoriser cette formation comme un symbole du développement d'un management plus proche des équipes. La production de solutions lors de ces séances a permis le développement progressif de nouvelles habitudes de travail en mode créatif, avec l'appui de facilitateurs internes intervenant ponctuellement et à la demande. C'est par exemple avec ces méthodes que de nombreux freins à un large déploiement du télétravail ont pu être levés. Plus de 11 % des agents de la CAF télétravaillent à ce jour.

## **II-2/ Le numérique facilite l'intrapreneuriat, source de motivation des équipes et de performance de l'organisme**

Nous vivons une époque où le numérique facilite l'entrepreneuriat, la création d'entreprise. 60 % des jeunes de moins de 30 ans voudraient créer leur propre emploi (ou entreprise) selon un sondage Opinionway de janvier 2017<sup>3</sup>. Pourquoi ne pas laisser cette possibilité offerte au sein de l'entreprise ? Lorsqu'un collaborateur apporte une idée que manifestement personne n'avait eue avant lui et qui s'avère prometteuse, pourquoi ne pas lui proposer de la rendre réelle ? Je veux parler ici d'**intrapreneuriat**. C'est ce qu'a fait Google dès 2004, c'est-à-dire quasiment lors de sa création, en laissant leurs employés vaquer aux projets de leur choix un jour par semaine. C'est le « 20 % time ». Même si ce système a été décrié car certains ont estimé qu'il s'agissait en réalité d'un « 120 % time », le retour sur investissement pour Google a été fort, plusieurs applications à succès ayant en réalité été créées dans ce cadre. Aujourd'hui

3 Étude OpinionWay pour l'Union des auto-entrepreneurs, à l'occasion du 24<sup>e</sup> Salon des Entrepreneurs de Paris, janvier 2017.

se développent des start-up internes pour favoriser l'innovation et profiter des potentialités des intrapreneurs. C'est notamment ce que fait La Poste depuis 2014 en n'hésitant pas à détacher des salariés sur leur projet durant douze à dix-huit mois, période pendant laquelle ils continuent à percevoir leur salaire et reçoivent une dotation de 100 000 euros pour financer leurs créations. Selon les répondants à une enquête menée par Deloitte en 2017, en partenariat avec Viadeo et Cadremploi, auprès de 4 000 personnes<sup>4</sup>, seulement 9 % des entreprises possèdent actuellement un programme d'intrapreneuriat alors que 74 % des participants à l'enquête souhaitent commencer la démarche d'intrapreneur d'ici les trois prochaines années. Créer un tel programme constitue donc une réelle plus-value pour le management d'une entreprise. C'est même indispensable dans un monde numérique où les changements sont de plus en plus nombreux et rapides, comme l'illustre la figure suivante, réalisée par le ministère allemand de l'économie et de l'énergie :



En 2016, il a fallu moins d'un mois pour que le jeu « Pokemon go » atteigne les 100 millions d'utilisateurs !

Ces deux premières parties ont présenté un modèle de management adapté à l'ère numérique. En complément, le manager doit travailler sur certaines compétences qui l'aideront à se montrer crédible pour déployer un tel modèle.

### III- Quel travail de développement personnel le manager doit-il réaliser pour être dans le tout numérique ?

Certaines compétences vont aider le manager à gagner la bataille de la crédibilité : humilité et curiosité sont complémentaires pour cela.

4 *Intrapreneuriat : effet de mode, ou vague de fond ?*, étude menée par Deloitte, en partenariat avec Viadeo et Cadremploi, auprès de 4 000 personnes en France en 2017.

### III-1/ Humilité et curiosité pour susciter l'adhésion des équipes

La **curiosité** est une compétence à développer ou entretenir. Le manager doit en effet rester en veille, notamment sur le monde du numérique. Si on ne lui demande pas d'être à la pointe de toutes les technologies, s'il veut renforcer sa place de leader, il doit pouvoir d'une part parler le même langage que son équipe et d'autre part proposer des pistes de travail qui donnent envie de s'impliquer. Pour cela, il s'informer, se former, lira et restera attentif à son environnement. Il s'agit de tester, expérimenter, montrer son intérêt pour les nouveautés et être réellement proche de ses équipes.

En complément, l'**humilité** est aujourd'hui indispensable dans le couteau suisse des compétences du manager. Sa légitimité n'est plus technique, la hiérarchie n'impressionne plus grand monde. Il faut donc faire preuve d'humilité pour accepter cette situation, surtout s'il a déjà suffisamment d'expérience pour avoir manager dans l'ère pré-numérique. Le leader humble sait à la fois assumer ses responsabilités envers son équipe et reconnaître leurs efforts. En complément, il déploiera une écoute active. Comme l'a dit Jacques Perrin, « *L'humilité, c'est de savoir écouter* ». Le manager conserve bien entendu des convictions et une hauteur de vue mais il doit savoir accueillir les avis et idées de ses collaborateurs. Accueillir signifie les comprendre, les analyser et en tenir compte s'ils sont utiles au projet.

S'il est une catégorie de professionnel qui sait écouter, ce sont les coachs. Alors pourquoi ne pas s'en inspirer ?

### III-2/ S'inspirer de l'attitude des coachs pour libérer le potentiel des équipes

Quelle est donc cette **attitude de coach**, qui serait adaptée au management à l'ère du numérique ? C'est l'attitude qui permet de combiner les deux objectifs suivants : faire en sorte que le travail soit fait et développer son équipe. Selon « Le guide du coaching au service de la performance » de Sir John Whitmore<sup>5</sup>, « *le but du coaching est de libérer le potentiel des gens pour maximiser leur niveau de performance. Il s'agit de les aider à apprendre plutôt que de leur enseigner* ». L'attitude du coach permet de progresser sur les domaines suivants :

- ▼ **Le temps.** Pour en gagner, nous sommes parfois tentés de faire à la place de ou d'indiquer avec précision le comment. Si le gain peut-être immédiat, il ne le sera absolument pas sur le moyen ou le long terme. Il est préférable d'accompagner son collaborateur dans la recherche de solution,
- ▼ **La qualité.** Pour la favoriser, mieux vaut susciter une prise de conscience et un sens des responsabilités au sein de son équipe que d'exiger une perfection sans donner de sens.
- ▼ **L'implication.** Donner un plan d'action ficelé ne va pas favoriser l'implication de ses collègues de travail mais plutôt générer de la résistance et un manque d'appropriation. Une attitude de coaching associera l'équipe dans la coproduction du plan d'action.

<sup>5</sup> Sir John Whitmore, *Le guide du coaching au service de la performance : principes et pratiques du coaching et du leadership*, 5<sup>ème</sup> éd., éditions Maxima, 2018.



- ▼ **L'engagement.** Pour que les attentes des individus et les missions de l'entreprise se rencontrent, il faudra créer du sens et des raisons d'agir pour les collaborateurs... encore un job pour le coach.

Dans le tout-numérique, le coach nous enjoint à revoir le proverbe attribué au Sénat romain « diviser pour mieux régner » en « partager pour mieux performer ».

### **III-3/ Accepter l'erreur et ne pas chercher la perfection : difficile mais indispensable**

**Accepter l'erreur** demande un gros effort pour les managers. C'est cependant indispensable car numérique rime avec rapidité et réactivité. Et pour apprendre et progresser vite, il faut se tromper, chuter. Même Teddy Riner, qui n'a pas perdu un combat de judo depuis 2010, chute tous les jours à l'entraînement. Comment libérer le potentiel de ses collaborateurs s'ils travaillent avec une épée de Damoclès au-dessus d'eux tenue par le cadre et menaçant de s'abattre à la moindre erreur ? La notion de confiance placée dans le collaborateur doit aller jusqu'à ce droit à l'erreur. Si le droit à l'erreur est une revendication légitime des équipes, le manager est là pour les aider à « échouer vite », c'est-à-dire ne pas faire fausse route pendant des semaines ou des mois. C'est la notion de « *fast fail* » dont il est question. Pour cela, les méthodes de travail favorisant l'expérimentation accompagnée d'une évaluation permanente des projets sont les plus indiquées. Le manager pourra à ce sujet utilement consulter un ouvrage sur les méthodes de travail agiles et mettre ainsi concomitamment en œuvre sa nouvelle compétence en matière de curiosité.

En parallèle, le manager ne doit **pas chercher la perfection**. Même si « personne n'est parfait », « la perfection n'est pas de ce monde », il n'est pas rare que l'on entende « c'est très bien, mais... ». Dans les faits, chaque manager préfère un travail parfait à un bon travail. Pourtant, la recherche de perfection entraîne inévitablement une inhibition des potentiels, épuise les équipes et globalement empêche une mise en action rapide et efficace. Or, en matière de numérique, comme nous l'avons vu plus haut, la mise en action rapide est évidemment essentielle.

### **IV- De la distribution de l'information à l'interconnexion des compétences de ses collaborateurs**

En accord avec ce qui est écrit plus haut, le manager du XXI<sup>ème</sup> siècle occupe le terrain, écoute chaque membre de son équipe plusieurs fois par semaine afin de les accompagner, les conseiller, se rendre compte de leurs difficultés. De ces interactions vont naître les projets de demain et le succès de leur genèse.

Paradoxalement, les compétences relationnelles sont reines à l'heure du numérique. Si le manager n'est plus le sachant, il doit toutefois faire l'effort de s'intéresser au numérique, être présent sur les réseaux sociaux et comprendre ses évolutions.

Faire confiance et lâcher prise, instaurer un climat créatif dans les équipes, être curieux et savoir écouter ou encore accepter l'erreur sont autant de possibilités

pour développer le leadership d'un manager. Le manager devient un facilitateur de la réussite collective plutôt qu'un distributeur d'information et de tâches. Pour que son action soit efficace, il ne peut pas agir seul ; elle sera efficace si elle s'inscrit dans un véritable projet de transformation managériale et une stratégie de transition numérique portés par l'entité dans laquelle il exerce.

Et les compétences techniques alors ? Elles ne sont pas oubliées, mais elles sont le plus souvent détenues par les machines, et les précieuses personnes qui les programment.

Pour terminer, je ne résiste pas à la tentation de citer Joël de Rosnay pour synthétiser cet article : « *Le rôle du leader est enrichi car il n'est plus porteur de crainte, de contrôle ou de punition, mais de coopérations et de participation à la prise décision, de co-régulations* »<sup>6</sup>.

---

6 Joël de Rosnay, *Surfer la vie : comment sur-vivre dans une société fluide*, éditions LLL, 2012.







## Bibliographie

L'ensemble des références des nouveautés du centre de documentation et la liste des travaux des élèves et stagiaires sont consultables en ligne sur le portail documentaire de l'École :

<http://www.en3s.fr/portail-documentaire>

### Protection sociale

**La face cachée des prestations familiales - Projet de simplification** / Léon Régent.- Onde (Editions de L'), 2018.- 1 vol. (159 p.)

ISBN : 978-2-37158-098-5

**La sécu jusqu'où ? : quelle solidarité et quel soin pour notre système de santé** / Centre européen d'enseignement et de recherche en éthique.- Paris: Books on Demand, 2017.- 218 p.

ISBN : 978-2-322-08089-2

**La sécu, les vautours et moi. Les enjeux de la protection sociale** / Richard Monvoisin, Nicolas Pinsault.- Paris: Détour (éditions du), 2017.- 271 p.

ISBN : 979-10-97079-24-6

**L'Etat-providence : défense et illustration** / Mathieu Lefebvre, Pierre Pestieau.- Paris: PUF, 2017.- 232 p.

ISBN : 978-2-13-080064-4

**Les Etats-providence** / Daniel Fleutôt.- Bréal, 2017.- 159 p.

ISBN : 978-2-7495-3725-2

**Pour en finir avec le trou de la Sécu ! : repenser la protection sociale au 21<sup>e</sup> siècle** / Olivier Nobile, en collaboration avec Bernard Teper.- Etival-Lès-Le-Mans: Eric Jamet éditeur, 2014.- 267 p.

ISBN : 978-2-904724-28-2

**Qui paiera pour nous soigner ? : l'asphyxie solidaire** / Jean de Kervasdoué.- Paris: Fayard, 2017.- 301 p.

ISBN : 978-2-213-70577-4

### Solidarité

**Exclusion : vers zéro SDF ?** / Julien Damon,.....- Paris: la Documentation française, DL 2017.- 1 vol. (177 p.)

ISBN : 978-2-11-145347-0



---

**Utopies réalistes : en finir avec la pauvreté** / Rutger Bregman.- Paris: Seuil, 2017.- 247 p.  
ISBN : 978-2-02-136187-2

## Santé

**Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France** / Étienne Nouguez.- Paris: Sciences Po les presses, DL 2017.- 1 vol. (298 p.)  
ISBN : 978-2-7246-2145-7

**La santé publique** / Aquilino Morelle, Didier Tabuteau.- Paris: PUF, 2017.- 127 p.  
ISBN : 978-2-13-079962-7

**Le prix des médicaments en question(s)** / Maurice-Pierre Planel.- Rennes: EHESP, 2017.- 101 p.  
ISBN : 978-2-8109-0598-0

**L'hôpital à cœur ouvert** / Martin Hirsch.- Paris: Stock, 2017.- 1 vol. (279 p.)  
ISBN : 978-2-234-07748-5

## Retraite

**La révolution silencieuse des séniors** / Sous la direction de Jean-Louis Chambon.- Eyrolles, 2017.- 1 vol. (318 p.)  
ISBN : 978-2-212-56808-0

**On se trompe sur les vieux** / Pierre-Marie Chapon, Bernadette Oudiné.- Paris: L'Harmattan, 2017.- 120 p.  
ISBN : 978-2-343-09889-0

## Notes de lecture

MARTIN  
HIRSCH

L'hôpital  
à cœur ouvert



**Martin Hirsch, *L'hôpital à cœur ouvert*, Stock, 2017, 282 pages, 19 €.**

Martin Hirsch, dans un nouvel ouvrage, fait pénétrer dans la machinerie de l'hôpital public. L'occasion d'un témoignage, d'un plaidoyer et d'analyses de premier plan sur les enjeux et rouages du système de santé.

L'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) – ancienne « assistance publique » - compte environ 100 000 agents, une quarantaine d'hôpitaux, 22 500 lits. Avec près de huit milliards d'euros de budget, elle voit passer chaque année près de dix millions de patients. Premier employeur francilien et plus important établissement de santé européen,

l'AP-HP est une institution atypique. Au cœur des politiques de santé, noyau important de la recherche universitaire, foyer d'expérimentations multiples (médicales comme financières), ce service public, aujourd'hui sous la direction de Martin Hirsch, connaît une période de bouillonnement stratégique. Il faut y assurer la production de la santé, dans des conditions économiques serrées, mais aussi y « soigner les soignants » et y « manager les managers ».

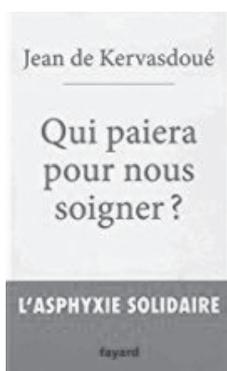
Martin Hirsch, selon ses termes, avait plus pris l'habitude des hors-bords manœuvrables (comme l'agence du service civique) que de gros paquebots institutionnels comme l'AP-HP. Il rappelle cependant qu'il avait, jeune, débuté des études de médecine avant de se tourner vers l'ENA. Il raconte, par ailleurs, avoir rêvé depuis très longtemps de prendre les rênes de cette institution capitale.

Le directeur sait aussi être auteur. Il raconte les bisbilles quotidiennes mais aussi les formidables réactions solidaires face aux attaques terroristes, la prise à bras le corps du sujet des urgences (même s'il concède être encore loin d'avoir divisé par deux les temps d'attente). Hirsch revient aussi sur ses convictions, déjà bien présentes dans le débat public. Il plaide ainsi, par exemple, pour la fusion des deux étages de l'assurance maladie, avec absorption des régimes complémentaires, par les régimes de base. Il appelle cela, avec la suggestion d'organiser un referendum sur ce thème, « descendre d'un étage ». D'ailleurs ce sujet des étages se retrouve aussi dans ses préoccupations purement opérationnelles. Avec le brin d'humour et de provocation qui le caractérise, il écrit que la fonction de directeur d'hôpital consiste à « faire en sorte que les ascenseurs marchent ». L'intendance, dans l'hôpital, ne doit pas suivre. Elle doit précéder.

Hirsch se penche sur les questions stratégiques et éthiques attachées aux déluges de données dans lequel exercent désormais les médecins. C'est dans l'open data et le big data que le « docteur data » travaille. Le médecin lui-même n'a plus le monopole du savoir et la relation médicale n'est plus en rien un colloque singulier entre un patient passif et un soignant savant. Hirsch trouve les mots pour souligner la nécessité de réhabiliter la science (et, en passant, la

vaccination) ; pour lutter résolument contre les conflits d'intérêt (avec une proposition phare consistant à faire contribuer les laboratoires à un fond de formation des médecins) ; pour mettre en avant la nécessité de la reconnaissance d'infirmières mal payées et d'un personnel non médical mal considéré ; pour réformer une sphère hospitalière qui ne devrait pas s'évaluer sur le nombre de lits mais sur la modernité des plateaux techniques ; pour faire vraiment tomber les frontières entre la médecine de ville et l'hôpital. Avec une plume très habile, il sait décrire ce que sont les tensions entre une médecine nécessairement personnalisée (individualisée) et une médecine potentiellement dépersonnalisée (déshumanisée).

**Julien Damon**



**Jean de Kervasdoué, *Qui paiera pour nous soigner ?*, Fayard, 2017, 301 pages, 18 €.**

Voici un livre qui agacera. Il ne correspond pas bien à son titre, ni à son sous titre provocateur « l'asphyxie solidaire ». Signé par un éminent spécialiste, passé par les hautes responsabilités administratives et par la recherche universitaire, il propose un tableau singulier des évolutions de la protection sociale et des écueils qui la menacent.

Ce nouvel ouvrage de Jean de Kervasdoué est, pourrait-on dire, un mélange. Le ton varie entre attachement et agacement à l'égard de la protection sociale. Certains y liront un pamphlet libéral même si l'auteur se dresse contre la mise en concurrence dans l'assurance maladie. D'autres critiqueront un patchwork de remarques et sentences bien senties sur les gouvernements récents et en place. Le propos est pourtant aussi informé que subtil. La thèse est simple. L'assurance maladie est un joyau aux bienfaits extraordinaires. Il importe de la préserver, mais pour cela il convient de la comprendre puis de la réinventer.

Kervasdoué a raison sur bien des points. D'abord, il souligne que les niveaux de connaissance et d'intérêt pour la protection sociale (qui représente tout de même 33 % du PIB) sont très faibles. Ensuite, il insiste pour que les ordres de grandeur soient connus, dans un pays où le goût pour les chiffres ne verse que dans le sensationnalisme et le lamento compassionnel, quand la majorité des Français est incapable de faire une simple règle de trois.

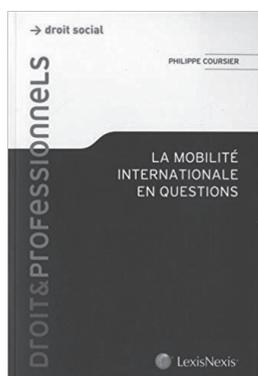
L'économiste de la santé met l'accent sur des vérités. Un point capital dans l'évolution du système de santé, consiste à en mesurer la qualité. Il faut certes assurer l'égalité dans l'accès aux soins ; il faut assurer l'accès à des soins de qualité. L'auteur met également en évidence la déperdition de ce qui était démocratique dans le projet de Sécurité sociale et les errements contemporains du paritarisme. Il rappelle, avec une haute capacité de synthèse, que les difficultés de financement du système proviennent, en partie, du refus de payer. Ce refus de payer s'incarne

de deux manières : le travail au noir et l'évasion/optimisation fiscale. Kervasdoué sait restituer avec pédagogie les tenants et aboutissants de grandes évolutions, comme le progrès médical ou l'approfondissement européen. Il montre combien le système français est passé de logiques d'affiliations professionnelles, à une généralisation et une universalisation des prestations. Il sait dire ce que sont les dérives d'un système, par exemple le glissement de la posture d'assuré social impliqué à celle non pas de client mais d'usager consommateur inconscient de ses devoirs.

L'auteur sait également parler des politiques publiques, de leurs mythes et de leurs difficultés. Il propose une « taxonomie fantasmagorique », un « bestiaire foisonnant », des promesses récurrentes. Il se penche ainsi sur les chimères – ces bêtes fantastiques, bizarres et irréelles - de l'égalité et de la prévention. Il se penche aussi sur certaines licornes – ces animaux superbes qui n'existent pas et peuvent ruer dans les brancards si on cherche à les faire exister – comme le recours à de purs marchés comme gages d'efficacité dans la gestion des soins ou bien la volonté d'éradiquer intégralement les conflits d'intérêt. Il se penche enfin sur des zombies, des réformes récurrentes qui sont des réformes de morts vivants. Elles peuvent également renaître de leurs cendres, comme le sphinx. Kervasdoué range dans cette catégorie le numerus clausus ou la mise en œuvre du « dossier médical personnalisé » (désormais « partagé »).

Les potions du docteur Kervasdoué vont de l'appel au ressaisissement responsable et raisonnable, à la nécessité d'expérimenter (de nouvelles formes de rémunération des médecins par exemple) jusqu'à la division par deux du nombre des hôpitaux. On le voit, il n'a pas sa plume dans sa poche...

**Julien Damon**



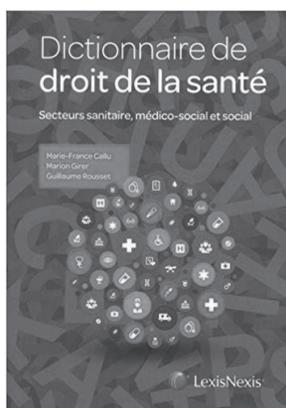
**Philippe Coursier, La mobilité internationale en questions, LexisNexis, collection « Droits et professionnels », 2017, 171 pages, 35€**

Sans aucun doute la question de la mobilité est-elle devenue une thématique majeure du droit social au regard de ses enjeux. Il suffit pour s'en convaincre de recenser les mobilités de toutes natures auxquels donnent désormais lieu les parcours professionnels : passage du statut de salarié à celui de travailleur indépendant, ou vice-versa, changement d'entreprise ou de branche d'activité, perte ou reprise d'emploi sans oublier la mobilité... géographique et notamment, la mobilité internationale. C'est ce dernier phénomène qui

fait l'objet de ce livre tant il est susceptible lui aussi de susciter de nombreuses questions de droit social. Pouvant se prévaloir depuis longtemps d'une expertise en droit social international (*Le conflit de lois en matière de contrat de travail. Étude en droit international privé français*, LGDJ, 1993) Philippe Coursier, à la fois maître de conférences à l'Université Paris Descartes et avocat, sait faire partager au lecteur sa grande maîtrise du domaine. Il n'entend nullement nous gratifier d'un manuel universitaire de droit social international d'autant plus qu'il en existe déjà d'excellents. Comme son titre le suggère fort justement, cet ouvrage revêt avant tout un

caractère opérationnel : il vise à répondre aux questions que peuvent se poser les praticiens du Droit et les gestionnaires des ressources humaines à propos de la mobilité internationale des salariés. Parmi les « incontournables », selon l'expression de l'auteur lui-même, sont prises en compte non seulement les questions relatives aux règles d'immigration, au droit du travail, au droit de la Sécurité sociale et au droit de la protection sociale complémentaire, mais aussi celles traduisant la volonté de permettre aux acteurs de bénéficier d'une certaine optimisation sociale et fiscale de la relation de travail. Il est à souligner que les rubriques consacrées aux normes juridiques s'avèrent particulièrement intéressantes, étant enrichies par la pertinence des analyses de Philippe Coursier. En outre, ce livre est assorti de conseils, d'exemples et de nombreuses références. Malgré la technicité de la matière, les développements restent accessibles à un large public de professionnels, à la faveur de la structuration et de clarté des exposés, ce qui en fait un instrument de travail particulièrement utile.

**Gilles Huteau**



**Marie-France Callu, Marion Girer et Guillaume Rousset, Dictionnaire de droit de la santé. Secteurs sanitaire, médico-social et social, LexisNexis, 2017, 417 pages, 29€.**

Vous voulez devenir incollable sur tous les mots-clés du droit de la santé ? Sachez que c'est désormais possible grâce à un trio d'universitaires lyonnais à l'origine de cet ouvrage. Celui-ci comporte 800 définitions claires, complètes et toujours ciselées avec finesse. Chacune d'elles semble avoir été mûrement réfléchi et discutée jusqu'à la virgule. En dépit de tentatives réitérées, l'auteur de ces lignes n'a pas noté de lacunes ou d'erreurs à la date de publication du livre

tout en mesurant une nouvelle fois l'étendue du Droit dans le champ de la santé. D'ailleurs, ce dictionnaire ne se limite pas à définir les termes du droit de la santé, mais prend également en compte ceux d'autres branches du Droit, notamment du droit de la sécurité sociale ou du droit de l'aide et de l'action sociales, à partir du moment où ils se rapportent aux questions de santé. Ainsi l'assurance maladie y occupe une place à la mesure de son rôle dans la politique de santé. S'agissant de la question subsidiaire, qu'en est-il de l'EN3S dans ce dictionnaire ? L'École n'est pas oubliée puisqu'elle fait l'objet d'une occurrence aux pages 163 et 164. Au final, c'est un ouvrage qu'il faut toujours avoir auprès de soi tant il peut être précieux en de maintes occasions ! Au-delà de la fonction utilitariste du livre, la figure symbolique de la première de couverture invite à l'ouvrir pour le simple plaisir d'aller butiner d'une définition à l'autre...

**Gilles Huteau**

Retrouvez les derniers numéros de la revue REGARDS sur le site internet de l'EN3S (rubrique Recherche et publications).



NOTRE ÉCOLE | COMPRENDRE LA PROTECTION SOCIALE | MÉTIERS ET CARRIÈRES | CONCOURS D'ENTRÉE | CYCLES DIPLÔMANTS | FORMATION CONTINUE | RELATIONS INTERNATIONALES

RECHERCHE PUBLICATIONS



AGENDA



VIDEOS EN LIGNE

Retrouvez l'EN3S sur Youtube

> Voir les autres vidéos

5 avril - Mobilités et migrations internationales : quels enjeux pour la protection sociale ? (cycle APS)

en savoir +

15 mai - Soutenabilité des dépenses de santé : faut-il revoir les stratégies actuelles ? (cycle APS)

en savoir +

19 juin - Nouvelle économie et protection sociale : quelle articulation ? (cycle APS)

en savoir +

Le Service Public de Sécurité Sociale est le cœur de la Protection sociale française. Il accompagne l'ensemble des concitoyens tout au long de leur vie, en assurant la protection contre les principaux risques sociaux (vieillesse, maladie, invalidité, etc) et en les aidant à l'occasion d'événements heureux (naissances, emploi, logement). Ce sont ainsi plus de 450 milliards d'euros collectés puis redistribués sous forme de prestations sociales. Ce service public est composé de différents réseaux représentant 400 organismes et 180 000 collaborateurs.

Au sein de ce service public, l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale assure deux missions principales :

- contribuer à un haut niveau de professionnalisme de ces organismes par le recrutement et la formation de ses dirigeants
- promouvoir la Protection sociale française, ses missions, son organisation, ses métiers



REVUE REGARDS

N°52 - DECEMBRE 2017

La gouvernance de la sécurité sociale - le N°52 de la Revue REGARDS vient de paraître.

en savoir +

▶ Accédez à notre portail documentaire



La revue Regards est aussi la vôtre.

Un projet de votre organisme  
vous tient particulièrement à coeur ?

Vous avez lu un ouvrage professionnel  
qui vous a marqué ?

Vous souhaitez partager avec vos pairs ?

Contactez-nous.

Pauline Garé  
Tél. : 01 45 66 36 48 (ligne directe)  
Courriel : [pgare@den3s.fr](mailto:pgare@den3s.fr)

# ACTUALITÉ DE LA PROTECTION SOCIALE

## CYCLE D'ACTUALITÉ

2018

2019

Travailler autrement  
Système universel de retraite  
Allocation sociale unique  
Petite enfance  
Écoute et médiation  
Pertinence des soins  
Accompagner  
L'évolution des formes de travail





Achévé d'imprimer en juillet 2018  
sur les presses de

R E B O U L IMPRIMERIE

[www.rebou-imprimerie.com](http://www.rebou-imprimerie.com)



SAINT-ÉTIENNE

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2018

N° d'imprimeur : 1417



L'accès aux droits compte explicitement parmi les priorités des politiques publiques depuis la fin des années 1990. Il ne s'agit plus de proclamer des droits mais d'en assurer l'accès effectif, de passer, en quelque sorte, d'une certaine formalité des droits sociaux à leur pleine réalité. L'accès aux soins s'inscrit dans cette logique, mais présente des aspects plus anciens. Devenu récemment un axe majeur des efforts internationaux pour améliorer la santé, il constitue, depuis des décennies, une mission essentielle de l'assurance maladie. L'expression désigne maintenant l'accessibilité physique de l'offre de soins, son accessibilité financière et son acceptabilité pratique par les personnes. Cet accès s'avère, fondamentalement, fonction des situations individuelles et de l'organisation de l'offre de services, avec des problèmes que peuvent renforcer la précarité et des discriminations. Les constats, diversement documentés, de renoncement aux soins commandent des révisions institutionnelles ainsi qu'une mise en avant de la promotion de la santé. Dans un contexte de bonne volonté mais aussi de relative ambiguïté de pouvoirs publics inquiets à la fois des risques de sous-recours et de sur-recours. Au carrefour des dimensions administratives et scientifiques, du social et du sanitaire, cette livraison de « Regards » propose un panorama des expertises et des expériences.



FLASHER CE QR CODE  
POUR ACCÉDER  
À NOS PUBLICATIONS