

FORMATION INITIALE  
52<sup>ème</sup> promotion, 2013-2014

# RECHERCHE- ACTION

## LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS DES PUBLICS VULNERABLES

### Membres du groupe de travail :

- ▼ Frédéric Frenet
- ▼ Maud Moreigne
- ▼ Stéphane Uguen (Chef de projet)
- ▼ Laure Viviès

### Directeur de recherche-action :

- ▼ Norbert Deville, Directeur du CETAF

### Coordonnateur de recherche-action :

- ▼ Jean Benoît Dujol, DSS

## **Remerciements**

Nous tenons tout particulièrement à remercier notre Directeur de recherche-action, M. Norbert Deville, Directeur du Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé pour son accompagnement, ses conseils avisés et sa très grande disponibilité.

Nous remercions également l'ensemble des personnes qui nous ont accordé de leur temps dans le cadre des différents entretiens que nous avons pu mener : interlocuteurs des Caisses Nationales, directeurs de Caisses Primaires, Responsables de CES et leurs collaborateurs.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>1.1</b>	<b>Définition des termes du sujet</b>	<b>6</b>
1.1.1	Les centres d'examens de santé (CES) : présentation et principales caractéristiques	6
1.1.2	L'accès aux soins : enjeux et dimensions	7
1.1.3	Les publics vulnérables	8
<b>1.2</b>	<b>Le contexte du sujet et ses enjeux</b>	<b>9</b>
1.2.1	L'accès aux soins des publics vulnérables est un enjeu sanitaire majeur alors que l'on constate l'aggravation des inégalités de santé en France	10
1.2.2	Le contexte socio-économique défavorable accroît le nombre de personnes en difficulté sociale	10
1.2.3	Dans ce contexte, la question de l'accès aux soins des populations vulnérables est un sujet majeur pour les pouvoirs publics	11
<b>1.3</b>	<b>Les centres d'examens de santé, opérateurs de l'Assurance maladie pour améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables</b>	<b>11</b>
1.3.1	Les COG de l'Assurance maladie : Définition des missions des CES en matière d'accès aux soins des publics vulnérables	11
1.3.2	La stratégie développée par le Cetaf en réponse aux objectifs définis par la CNAMTS.	12
1.3.2.1	Le déploiement d'une stratégie de partenariats	12
1.3.2.2	Le programme national « Education en santé dans les CES»	13
1.3.2.3	L'expérimentation d'une démarche structurée d'information et d'orientation vers l'accès aux droits	13
1.3.3	La situation actuelle des CES au regard des missions fixées par l'Assurance maladie	14
1.3.3.1	Le renforcement du ciblage des EPS en faveur des populations fragiles	14
1.3.3.2	La montée en charge du programme d'Education Thérapeutique du patient	15
<b>1.4</b>	<b>Problématique, hypothèses de travail et champ d'intervention de recherche-action</b>	<b>15</b>
1.4.1	Hypothèse 1 : La stratégie de conventions nationales conçue et déployée par le Cetaf est la méthode la plus efficace et la plus efficiente pour cibler les personnes vulnérables	16
1.4.2	Hypothèse 2 : Le dispositif d'information sur les droits peut être complété, afin d'améliorer l'offre de services à destination des publics vulnérables.	16
<b>1.5</b>	<b>Méthode et champ d'intervention de l'étude</b>	<b>17</b>
1.5.1	Présentation générale	17
1.5.2	Présentation détaillée	17
1.5.3	Les principales limites méthodologiques	19
1.5.4	Personnes ressources	19
<b>1.6</b>	<b>Principaux enseignements issus de nos recherches</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>Analyse des stratégies des CES en matière de ciblage et d'accompagnement des populations fragiles pour faciliter l'accès aux soins</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Deux modalités principales de recrutement : le requêtage et les partenariats</b>	<b>22</b>
2.1.1	Le requêtage	22

2.1.1.1	Les critères de requêtage .....	22
2.1.1.2	Les modalités d'invitation .....	22
2.1.1.3	Les avantages .....	23
2.1.1.4	Les inconvénients .....	23
2.1.2	Les partenariats.....	24
2.1.2.1	La relation partenariale des CES.....	24
2.1.2.2	Les avantages .....	24
2.1.2.3	Les inconvénients .....	25
2.1.2.4	Les conventions nationales, un outil peu exploité pour dynamiser les partenariats .	25
2.1.3	Une évaluation insuffisante des dispositifs de recrutement des consultants .....	26
<b>2.2</b>	<b>L'information des consultants, une démarche pragmatique.....</b>	<b>26</b>
2.2.1	Les attentes de la CNAMTS.....	26
2.2.2	Mise en œuvre dans les CES.....	27
2.2.2.1	Une mise en œuvre largement conforme aux attentes de la CNAMTS .....	27
2.2.2.2	Des expériences réussies de complémentarités CES / CPAM pour aller au-delà du socle exigé par la CNAMTS .....	27
2.2.3	Les difficultés rencontrées.....	28
<b>3</b>	<b>Nos préconisations en matière de stratégie des CES pour faciliter l'accès aux soins des populations fragiles .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1</b>	<b>Renforcer l'intégration des CES dans les politiques des CPAM.....</b>	<b>29</b>
3.1.1	Prendre en compte l'intégralité de l'action des CES dans les COG .....	29
3.1.2	Affirmer les CES comme acteurs de la gestion du risque au sein des CPAM.....	29
3.1.3	Promouvoir les synergies entre les CES et les CPAM.....	31
<b>3.2</b>	<b>Professionaliser l'évaluation de l'action des CES .....</b>	<b>32</b>
3.2.1	L'intérêt d'une évaluation globale des actions des CES .....	32
3.2.2	Les démarches qualité, éléments structurants pour évaluer l'action des CES .....	32
3.2.2.1	Le Système de Management de la Qualité (SMQ) – norme ISO 9001 .....	32
3.2.2.2	Le Système de Management Intégré (SMI), nouveau référentiel CNAMTS en cours de déploiement dans les CPAM à compter de 2014.....	33
3.2.3	Nos propositions pour déployer des pratiques d'évaluation des processus de ciblage et d'invitation dans les CES.....	33
3.2.4	Inscrire les CES dans une logique de réseaux et de territoires .....	34
3.2.5	Une approche populationnelle et territoriale pour améliorer les capacités de recrutement des CES .....	35
3.2.6	Réseaux innovants : Identifier, évaluer, relayer les bonnes pratiques partenariales.....	35
3.2.6.1	Expériences locales de décloisonnement des acteurs.....	35
3.2.6.2	Une expérience nationale : le PLANIR (Plan Locaux d'Accompagnement du Non-Recours, de l'Incompréhension, des Ruptures).....	36
3.2.7	Les conventions nationales, un outil-clé pour développer l'approche populationnelle et territoriale des CES .....	37
<b>4</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>40</b>

<b>5.1 Bibliographie .....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 Guide d'entretien – responsables de CPAM .....</b>	<b>43</b>
<b>5.3 Guide d'entretien – CNAMTS .....</b>	<b>46</b>
<b>5.4 Guide d'entretien – responsables de CES .....</b>	<b>51</b>

Au regard de leur mission et des objectifs qui leurs sont confiés, les centres d'examens de santé sont susceptibles de jouer trois rôles en faveur de l'accès aux soins et à la prévention des publics vulnérables :

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

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

Dès lors, **un benchmarking des pratiques des centres d'examens de santé pour favoriser l'accès aux soins des publics vulnérables** doit permettre de définir des lignes directrices pour gagner en homogénéité des pratiques, en efficacité et en efficience.

### 1.1 Définition des termes du sujet

#### 1.1.1 Les centres d'examens de santé (CES) : présentation et principales caractéristiques

##### ▼ Un fondement historique

Les caisses de Sécurité sociale ont progressivement mis en place au lendemain de la guerre des centres d'examens de santé (CES), pour répondre à l'obligation qui leur avait été faite, dans un contexte de santé publique très dégradé, de proposer aux assurés un bilan de santé périodique financé par l'Assurance maladie du Régime général.

##### ▼ Organisation juridique

Les CES sont aujourd'hui régis par l'arrêté du 20 juillet 1992. Ce texte organise l'activité des centres autour des examens périodiques de santé (EPS) qui sont des examens de prévention.

La gestion des CES est à plus de 60% assurée directement par les caisses d'Assurance maladie. Les autres sont gérés par des structures privées ou publiques, ayant passé des conventions avec une ou plusieurs CPAM.

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

Le pilotage des CES est assuré par la CNAMTS. La coordination des CES, l'animation des huit réseaux interrégionaux et la mise en œuvre des orientations stratégiques incombent quant à elles au Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (Cetaf). Celui-ci est une association privée à but non lucratif, créée en 1994 pour accompagner la mise en œuvre de l'arrêté du 20 juillet 1992. De plus, l'IRCESAM (Instance de Réflexion des Examens de santé de l'Assurance maladie) joue le rôle d'instance de réflexion sur les CES.

#### ▼ Différentes missions

La principale mission assignée aux CES par la COG est de réaliser chaque année des examens périodiques de santé auprès des assurés sociaux du Régime général. L'Assurance maladie en réalise 500 000 par an.

Totalement financés par l'Assurance maladie, ces examens adaptés à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés, couvrent chaque année 1,3% de la population du Régime général. Une couverture large de cette population n'est de toute façon plus l'objectif puisque l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992 préconise « le ciblage des populations en marge du système de soins et de leurs ayants droit ».

Une seconde offre de services en santé est orientée vers les médecins traitants et les assurés sociaux ; elle se décline en :

- Information des consultants
- Propositions de prise en charge et d'accompagnement, que sont l'éducation thérapeutique et l'éducation en santé.

Par ailleurs, les CES participent à des études nationales de santé publique, dont la cohorte Constances est emblématique.

#### ▼ Les moyens

Les 85 CES, répartis sur 114 sites géographiques dénombrés sur le territoire en 2013 sont de tailles hétérogènes et assez inégalement localisés sur le territoire.

Le budget primitif de fonctionnement des CES pour 2013 s'élève à 156 millions d'euros, financés par le FNPEIS. Les moyens humains affectés sont importants. En 2011, on dénombrait environ 1500 ETP. Les CES ont individuellement des effectifs très variables, comprenant en moyenne 43% de personnels administratifs et 57% de personnels médicaux.

### **1.1.2 L'accès aux soins : enjeux et dimensions**

D'un point de vue plus général, l'Assurance maladie, dont la mission est de garantir un égal accès au système de santé, est confrontée à plusieurs défis :

- ▼ la persistance de fortes inégalités d'accès aux soins, en dépit des dispositifs développés à l'attention des plus fragiles (accompagnement des assurés dans

leur accès à la CMU-C et à l'aide à la complémentaire santé (ACS), politique d'action sanitaire et sociale).

- ▼ la croissance des pathologies chroniques et du coût de leur prise en charge dans un budget toujours plus contraint.

Aussi, la politique de gestion du risque déployée vise-t-elle concomitamment l'amélioration de l'état de santé de la population et le maintien de l'équilibre financier du système. L'Assurance maladie articule donc son action autour de deux grandes orientations : d'une part, «Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé», en incluant dans tous ses programmes de prévention des volets spécifiques pour les publics vulnérables, avec des modes de contact mieux adaptés ; et d'autre part, «Aider les assurés à être acteurs de leur santé» et, dans une logique de «parcours de santé », les accompagner dans la préservation de leur capital santé.

Les CES ont ainsi vocation à participer à la poursuite de ces différents objectifs, puisque l'examen périodique de santé s'inscrit pleinement dans la politique de gestion du risque, notamment en matière de prévention.

L'EPS est également l'occasion de développer l'information et l'accompagnement des personnes accueillies pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention, notamment auprès des publics précaires :

- ▼ 1. en informant les personnes accueillies sur leurs droits et les dispositifs d'accès à une complémentaire, spécifiques aux populations disposant de peu de ressources (CMUC, ACS), et en les aidant à s'orienter dans le système de soins, notamment à l'aide des outils d'information de l'Assurance maladie (ameli santé et ameli direct)
- ▼ 2. en les sensibilisant à l'intérêt de participer aux campagnes de prévention (MT'dents, dépistage des cancers, cardio-vasculaire, etc...) et aux offres en santé de l'Assurance maladie (PRADO maternité ; orthopédie et insuffisance cardiaque ; SOPHIA, Santé Active ; le futur Plans Locaux d'Accompagnement du Non recours, de l'Incompréhension, des Ruptures - PLANIR)

### **1.1.3 Les publics vulnérables**

L'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992 désigne les catégories de personnes vulnérables auprès desquelles les EPS doivent être prioritairement réalisés :

*Art. 2. - Les organismes d'assurance maladie doivent veiller à offrir ces examens en priorité aux catégories énumérées ci-dessous 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'information sanitaires.*

Toute la difficulté réside donc pour les CES, alors que la COG 2010 – 2013 fixe un objectif de réalisation d'au minimum 50% d'EPS auprès de ces publics, dans le ciblage des populations ainsi décrites.

Aussi, la méthode retenue à cette fin est celle du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé).

Ce score, élaboré en 1998 et généralisé à l'ensemble des CES en 2002, est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte les différentes dimensions de celle-ci.

A partir d'un questionnaire initial de 42 questions (prenant en compte l'emploi, les revenus, le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle, le logement, la composition familiale, les liens sociaux, les difficultés financières, les événements de vie et la santé telle qu'elle est perçue), 11 questions ont été sélectionnées pour leur capacité à déterminer à 90% la situation de précarité d'un sujet.

La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, et la somme des 11 réponses donne le score EPICES, compris entre 0 (absence de précarité) et 100 (maximum de précarité). Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES

L'utilisation du score EPICES comme indicateur de vulnérabilité est plus pertinente que l'indicateur « article 2 ».

En effet, « l'article 2 » identifie la vulnérabilité sur la base de critères socio administratifs qui ne rendent pas compte de la diversité de la précarité.

Ainsi, le croisement des deux définitions met en évidence des personnes précaires selon le score EPICES mais non précaires d'après les critères administratifs habituels (REVUE DE L'IRES N° 53 - 2007/1).

L'étude de ces populations discordantes révèle de nouvelles catégories de personnes vulnérables, comme les travailleurs pauvres par exemple.

Compte tenu de la pertinence du score EPICES démontrée en 2005 (BEH – Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°43/2005 – 31 octobre 2005) pour détecter et mesurer la précarité, nous restreindrons notre définition de la vulnérabilité aux personnes positives à ce score.

## **1.2 Le contexte du sujet et ses enjeux**

### **1.2.1 L'accès aux soins des publics vulnérables est un enjeu sanitaire majeur alors que l'on constate l'aggravation des inégalités de santé en France**

L'état de santé d'un individu apparaît étroitement lié à sa position sociale (rapport BLACK, 1982). Conformément à la notion de gradient social, les publics vulnérables présentent ainsi un état de santé dégradé par rapport aux personnes mieux dotées en capital économique, social et culturel. Cette assertion constitue un résultat robuste et stable de l'épidémiologie sociale (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS ; rapport du Haut conseil de la santé publique « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », 2009).

Donnée la plus caractéristique : l'écart de taux de mortalité selon les catégories socioprofessionnelles demeure d'ailleurs important (G. DESPLANQUES, « L'inégalité sociale devant la mort », 1993 ; BLANPAIN, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », 2011). Si l'on assiste à une certaine réduction des écarts en raison notamment des progrès enregistrés dans l'évolution générale de la consommation médicale qui se traduit par une augmentation régulière de l'espérance de vie, des différences demeurent et reflètent assez fidèlement la hiérarchie sociale.

La corrélation entre inégalités sociales et inégalités de santé connaît plusieurs explications (DESPLANQUES) : le rapport au corps et à la médecine (la visite médicale a davantage une finalité curative chez les catégories populaires et préventive chez les catégories supérieures), la pénibilité du travail évaluée par la fréquence des maladies professionnelles, l'exposition aux risques.

Une attention particulière doit en outre être réservée au phénomène de non-recours aux soins. Les causes de ce phénomène sont en effet plurielles : accessibilité géographique limitée (COLDEFY, COM-RUELLE, LUCAS-GABRIELLI, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », 2011), opacité du système de santé et effets de guichet mais surtout difficultés en termes d'accessibilité financière.

Le renoncement financier au soin demeure ainsi fortement lié au revenu et au statut social.

En fait, le facteur décisif est l'existence d'une assurance complémentaire et son degré de couverture. En 2006, le taux déclaré de renoncement aux soins était de 13% pour les personnes couvertes par une complémentaire hors CMU-C et de 32% pour les personnes non-couvertes. Des phénomènes de non-recours aux soins sont néanmoins également constatés chez les bénéficiaires de la CMU-C (taux de renoncement de 19% en 2006 ; rapport Cetaf et Fonds CMU, « Renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C », 2011).

### **1.2.2 Le contexte socio-économique défavorable accroît le nombre de personnes en difficulté sociale**

Le phénomène d'augmentation des inégalités de revenu, à l'œuvre depuis les années 1980 s'est renforcé récemment (LANDAIS, PIKETTY, SAEZ, *Pour une révolution fiscale*, 2011). Le public des personnes vulnérables s'est par ailleurs élargi : augmentation du taux de pauvreté à 13,5% en 2012 (seuil de 60%), accroissement du taux de chômage à 10,6% (4<sup>ème</sup> trimestre 2012).

### **1.2.3 Dans ce contexte, la question de l'accès aux soins des populations vulnérables est un sujet majeur pour les pouvoirs publics**

Présente de longue date dans le débat public, la question de l'accès aux soins des populations vulnérables a donné lieu depuis la fin des années 1990 à de multiples réponses politiques : création de la CMU et de la CMU-C (loi du 27 juillet 1999), création de l'ACS (loi du 13 août 2004) mais aussi mise en place de dispositifs spécialisés dans la prise en charge des personnes en situation de précarité (les Permanences d'Accès aux Soins et les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins, 1998 ; les ateliers santé ville, 2000 ;...).

Plus récemment, la conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2012) a consacré une attention particulière à cette problématique afin de parvenir à « un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins ». Pour ce faire, elle appelle de ses vœux l'affirmation d'un « service public local d'accès à la santé ».

En ce qui concerne l'Assurance maladie, cette préoccupation relative à l'accès aux soins des personnes vulnérables apparaît également structurante. En effet, par-delà la référence aux valeurs de solidarité qui sous-tendent les missions de la Sécurité sociale, la branche maladie et l'Etat ont pris soin d'inscrire parmi les objectifs de sa COG 2010-2013 : « Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé ».

## **1.3 Les centres d'examens de santé, opérateurs de l'Assurance maladie pour améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables**

### **1.3.1 Les COG de l'Assurance maladie : Définition des missions des CES en matière d'accès aux soins des publics vulnérables**

Les missions et objectifs assignés aux CES sont précisés dans les conventions nationales, au titre des priorités de santé publique et de la politique de gestion du risque.

#### **Eléments de la COG 2006-2009 :**

La précédente Convention d'Objectifs et de Gestion indiquait ainsi que « les CES constituent pour les médecins traitants, en complémentarité des autres acteurs du système de santé concernés, une offre de services en matière d'éducation en santé ou d'éducation thérapeutique ».

#### **Eléments de la COG 2010-2013 :**

Aux termes de l'actuelle convention, il s'agit tout d'abord d'intensifier le ciblage des examens de santé mis en œuvre par les CES au bénéfice des populations les plus vulnérables.

En ce sens, la part de personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services des centres d'examens de santé, doit atteindre l'objectif de 50% en fin de COG.

Deux principes supplémentaires sont également posés dans le cadre du programme 1 « garantir l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé » :

- ▼ La modulation de l'examen de santé en fonction des besoins du consultant,
- ▼ La poursuite de l'information et de l'accompagnement des assurés fragiles dans le système de soins.

Par ailleurs, le programme 2 « Aider les assurés à être acteurs de leur santé », affirme la volonté de l'Assurance maladie d'offrir une éducation thérapeutique du patient (diabétique dans un premier temps) dans les CES. Cette prise en charge est envisagée dans le cadre du cahier des charges national et en collaboration avec le médecin traitant.

Enfin, la COG impose que les évolutions de l'activité des CES s'effectuent par redéploiement de crédits, ce qui implique une recherche accrue d'efficience.

### **1.3.2 La stratégie développée par le Cetaf en réponse aux objectifs définis par la CNAMTS.**

#### **1.3.2.1 Le déploiement d'une stratégie de partenariats**

Afin de satisfaire aux exigences nationales en matière de proportion de publics vulnérables accueillis par les CES, le Cetaf promeut une stratégie basée sur la déclinaison locale de partenariats nationaux.

Cette contractualisation des échanges souhaite s'inscrire dans une logique de coopération réciproque, au bénéfice des publics cibles.

A ce titre, plusieurs conventions ont été signées :

- ▼ Accord-Cadre CNAV/Cetaf du 23 Juin 2008 : facilitation de l'EPS auprès des personnes âgées vulnérables ;
- ▼ Accord-Cadre CNAMTS/Cetaf du 19 Mai 2009 : promotion de l'EPS par les assistantes sociales et lors des parcours « Parcours, Prévention, Santé » ;
- ▼ Accord-Cadre UNAF0/Cetaf du 12 Novembre 2008 : Promotion de l'EPS auprès des résidents ;
- ▼ Accord-Cadre UNCCAS (3 juin 2010) : Promotion de l'EPS auprès du public des CCAS ;
- ▼ Accord cadre 24/05 avec UGECAM et centres de réadaptation fonctionnels ;
- ▼ Accord cadre avec Agirc-Arrco (Mai 2013) ;
- ▼ Accord-Cadre CNML/Cetaf (20 Avril 2011) : Promotion de l'EPS auprès des jeunes de 16 à 25 ans en insertion ;

- ▼ Expérimentation PREMTES entre les services de santé au travail et les CES, déployée par des CES volontaires.

Sont également en préparation une convention avec Pôle Emploi et la CNAF, tandis que des contacts sont en cours avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

En 2012, la contribution des différents partenaires au recrutement des publics précaires dans les CES, représentait un pourcentage de 33%,

Dans ce total, les partenariats établis avec les centres de formation, les établissements scolaires, les missions locales et les foyers d'hébergement sociaux constituaient les volumes les plus importants (soit respectivement 10,2%, 3,3%, 2,2%).

En outre, un dispositif d'accompagnement des CES les plus éloignés du taux cible de 50% a été déployé pour développer des partenariats locaux, tandis qu'une utilisation simplifiée d'EPICES à destination des partenaires a été testée afin d'optimiser l'orientation des consultants.

#### **1.3.2.2 Le programme national « Education en santé dans les CES »**

Dans le champ de l'éducation en santé, le Cetaf déploie un programme intitulé « Education en santé dans les CES » en partenariat avec des CES pilotes. Ce dispositif constitue une réponse au constat d'hétérogénéité des solutions mises en œuvre dans les différents centres d'exams de santé. Il vise ainsi à aider les CES à structurer leur offre de services à destination du médecin traitant, en s'appuyant sur des pratiques professionnalisées et standardisées.

Trois thématiques sont d'ores et déjà prises en compte : activité physique, alimentation et santé bucco-dentaire (thématiques prioritaires de l'OMS).

Cette offre de service se décline à plusieurs niveaux :

- ▼ Un conseil minimal, offert à toutes les personnes de plus de 16 ans examinées au CES ;
- ▼ Des séances d'information collectives proposées aux consultants en surpoids qui souhaitent une aide leur permettant de modifier leurs comportements ;
- ▼ Deux ateliers également destinés aux personnes en surpoids.

En 2012, 1489 personnes ont pu bénéficier de ce programme.

Une réflexion a été conduite pour articuler ce programme avec « Santé Active », déployé par la CNAMTS sur une douzaine de CPAM.

#### **1.3.2.3 L'expérimentation d'une démarche structurée d'information et d'orientation vers l'accès aux droits**

Le Cetaf promeut également un dispositif d'information des consultants sur leurs droits, en lien avec les objectifs nationaux d'accès aux soins des publics vulnérables.

Le programme « Information des consultants » s'inscrit dans un axe majeur de la COG : « Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé ».

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

Les objectifs opérationnels sont :

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

Nous rappelons par ailleurs que l'examen périodique de santé change de logique. Mieux modulé, il vise désormais à responsabiliser les consultants sur la gestion de leur santé par une approche moins clinique et plus globale. Des objectifs individuels sont fixés aux assurés par rapport à leurs comportements et leurs facteurs de risque. Cet exercice présente une difficulté accrue avec des publics vulnérables.

### **1.3.3 La situation actuelle des CES au regard des missions fixées par l'Assurance maladie**

#### **1.3.3.1 Le renforcement du ciblage des EPS en faveur des populations fragiles**

Le bilan 2012 relatif au recrutement des populations vulnérables dans les CES, établi par le Cetaf, fait apparaître une amélioration sensible de la situation par rapport aux années précédentes.

Ainsi, alors qu'en 2011 le taux de recrutement de publics vulnérables sur l'ensemble du réseau s'établissait à 49 %, il s'élève un an plus tard à 52%.

Par ailleurs, 63% des CES ont atteint l'objectif de 50% de publics vulnérables, contre 45% en 2011.

Enfin, les résultats des centres d'exams de santé ne satisfaisant pas encore l'objectif se répartissent de la façon suivante :

- ▼ 29% (22% en 2011) de ces établissements assurent un recrutement de publics vulnérables compris entre 50% et 45% ;

- ▼ 5% (21% en 2011) de ces établissements assurent un recrutement de publics vulnérables compris entre 45% et 40% ;
- ▼ 3% (13% en 2011) de ces établissements assurent un recrutement de publics vulnérables inférieur à 40%.

### **1.3.3.2 La montée en charge du programme d'Education Thérapeutique du patient**

Sur le volet de l'éducation thérapeutique, ce sont désormais 57 centres qui sont engagés sur la pathologie du diabète, assurant ainsi l'accompagnement de 5967 patients diabétiques (données Cetaf, Juin 2012). Les évaluations de ce programme sont très positives :

- ▼ 97 % des patients ont déclaré être très satisfaits d'avoir participé à ce programme,
- ▼ 88 % des médecins traitants ont déclaré ce programme « très utile ou utile pour leurs patients».

En outre, la prise en charge de la BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) concerne pour l'instant 16 structures et celle de l'asthme 7 structures (données Cetaf, Octobre 2012).

## **1.4 Problématique, hypothèses de travail et champ d'intervention de recherche-action**

Notre recherche-action a l'ambition d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

### Questions relatives au ciblage des populations invitées par les CES :

- ▼ Pourquoi les conventions nationales passées entre le Cetaf et les partenaires institutionnels sont-elles peu exploitées par les CES ?
- ▼ Quels sont les dispositifs d'invitation et de ciblage des assurés mis en place par les CES ?
- ▼ Quels sont les déterminants d'un ciblage efficace et efficient des publics vulnérables ?
- ▼ Comment harmoniser les pratiques d'invitation à l'EPS ?
- ▼ A quelles conditions la CNIL permet-elle les échanges de fichiers entre organismes de Sécurité sociale pour faciliter le ciblage des populations invitées ?
- ▼ Le score EPICES est-il exploité à bon escient ? Peut-il présenter un intérêt pour les partenaires des centres d'examen de santé, et plus largement, pour les CPAM et leurs partenaires institutionnels présents sur le champ de l'accès aux soins ou l'accès aux droits des personnes en vulnérabilité sociale ?

## Questions relatives à l'orientation des publics vulnérables :

- ▼ Comment harmoniser le service offert aux assurés malgré l'hétérogénéité des CES ?
- ▼ Les relations entre les CES et les acteurs de la prévention (ARS, CPAM, associations de gestion des dépistages organisés, professionnels de santé, hôpitaux, ateliers villes santé, associations) sont-elles suffisamment étroites et décloisonnées pour que les CES jouent pleinement leur rôle d'orientation vers la prévention primaire et secondaire et les soins ?
- ▼ Le dispositif d'information des publics vulnérables sur les droits en matière de santé est-il mis en place ? Comment ce dispositif doit-il évoluer pour effectivement favoriser l'accès aux droits ?
- ▼ Le lien entre les travailleurs sociaux des CARSAT et les CES pour traiter l'accès aux droits des consultants dès leur venue au CES est-il créé ?

Pour répondre aux questions posées, notre recherche a consisté à interroger deux hypothèses. L'une a porté sur le ciblage des populations vulnérables, l'autre a porté sur l'accès aux soins dans ses trois dimensions (cf/ définition des termes du sujet).

### **1.4.1 Hypothèse 1 : La stratégie de conventions nationales conçue et déployée par le Cetaf est la méthode la plus efficace et la plus efficiente pour cibler les personnes vulnérables**

Bien que le Cetaf promeuve cette stratégie depuis plusieurs années, les conventions nationales signées par le Cetaf avec des partenaires institutionnels sont peu déployées localement par les CES.

Notre recherche action a donc visé à :

- ▼ vérifier que cette stratégie est effectivement plus efficiente et efficace que les dispositifs alternatifs mis en place localement par les CES,
- ▼ identifier les bonnes pratiques de recrutement,
- ▼ proposer des actions pour diffuser ces bonnes pratiques dans le réseau des CES.

### **1.4.2 Hypothèse 2 : Le dispositif d'information sur les droits peut être complété, afin d'améliorer l'offre de services à destination des publics vulnérables.**

Notre recherche action a visé, sur ce point, à :

- ▼ confirmer les objectifs poursuivis par la CNAMTS avec ce dispositif,
- ▼ identifier les éléments constitutifs d'une mesure de l'efficacité de ce programme,
- ▼ proposer des indicateurs,
- ▼ apprécier la pertinence d'un élargissement du dispositif à d'autres thématiques en lien avec l'accès aux soins.



## 1.5 Méthode et champ d'intervention de l'étude

### 1.5.1 Présentation générale

Le champ de l'étude porte sur les CES, mais aussi sur les CPAM, qui ont autorité sur les CES, et la CNAMTS, qui fixe les orientations à suivre par les CES, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion des CPAM.

Par ailleurs, alors que notre recherche portait sur l'analyse des conventions nationales, il nous est apparu utile d'intégrer dans nos investigations la CNAV (qui a signé une convention nationale de partenariat avec le Cetaf) et la CNAF, qui expérimenté une collaboration avec le Cetaf à St Etienne.

Pour mener à bien notre recherche, nous avons travaillé en étroite collaboration avec le Cetaf.

Outre la supervision et le suivi de nos travaux, assurés par M. Norbert Deville, directeur duet directeur de notre recherche, nous avons pu bénéficier des ressources documentaires du Cetaf.

Par ailleurs, nous avons conforté nos propositions auprès de M. Deville concernant les interlocuteurs utiles à notre recherche.

Concernant les CES, M. Deville a notamment veillé à nous mettre en relation avec des CES gérés en direct par les CPAM et avec des CES conventionnés. Les CES identifiés constituent un échantillon représentatif des CES de par leur taille (effectif et volume d'examens réalisés) et sont répartis sur différentes zones géographiques du territoire national.

A ces interlocuteurs définis avec le Cetaf en amont de nos recherches, se sont ajoutées des personnes complémentaires, identifiées au cours des premiers entretiens, ou à la suite de l'émergence de nouveaux besoins d'information.

### 1.5.2 Présentation détaillée

Notre approche a consisté à :

- ▼ Réaliser une étude documentaire, pour l'essentiel fondée sur les productions ou coproductions du Cetaf
- ▼ Consulter la CNAMTS afin de connaître les orientations, actuelles et à venir, pour les CES dans la perspective d'une nouvelle COG entre l'Etat et l'Assurance maladie (2014 – 2017)
- ▼ Examiner, avec les directions de CPAM :
  - le niveau d'intégration des CES dans les politiques locales de GDR et de prévention déployées par les caisses, et plus largement, la vision des directions sur la place dévolue aux CES dans le système de santé
  - l'appréciation du bilan des CES en matière de ciblage des personnes vulnérables

- les perspectives pour les CES en matière d'offre de services à destination des publics vulnérables
- ▼ S'adresser aux responsables de CES pour
  - détailler les processus de ciblage et d'invitation des assurés, et identifier les meilleures d'entre elles, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre
  - dresser un état des lieux des pratiques d'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des dispositifs déployés
  - focaliser plus particulièrement l'attention sur les pratiques partenariales en général, et les conventions nationales de partenariat en particulier
  - établir un premier bilan du dispositif d'information des consultants sur leurs droits, et envisager des perspectives.
- ▼ Compléter les entretiens planifiés en amont de notre recherche par des entretiens complémentaires, au gré des opportunités et pistes ouvertes lors de nos contacts.

Nous avons conçu notre méthode d'investigation par entretiens de la façon suivante :

- ▼ Conception d'un guide d'entretien par types d'interlocuteurs :
  - Guide d'entretien CNAMTS
  - Guide d'entretien CPAM
  - Guide d'entretien CES
- ▼ Invitation par message électronique des interlocuteurs ciblés à contribuer à notre recherche
  - Message adressé en copie à Norbert Deville
  - La note de cadrage ainsi qu'une présentation synthétique de la fiche pédagogique relative au module de recherche-action, étaient jointes au message
- ▼ Détermination d'une date et d'un horaire de rendez-vous téléphonique
- ▼ Transmission par message électronique du guide d'entretien à J-5
- ▼ Rendez-vous téléphonique<sup>1</sup>
  - Dans un bureau isolé
  - A l'aide d'un système d'audio conférence
  - Participation de deux élèves, pour faciliter une écoute active tout en permettant une prise de note au fil de l'eau
- ▼ Compte rendu d'entretien
  - Rédaction du compte rendu par un élève
  - Complément et validation par le second élève

---

<sup>1</sup> Nous avons testé la visio conférence pour un entretien, mais ce mode de communication présentant une valeur ajoutée limitée au regard de la préparation technique requise, nous avons renoncé par la suite à cet outil.

- Transmission du projet de compte rendu par messagerie électronique à notre interlocuteur à J+5 au plus tard pour validation
  - Mise à jour si nécessaire du compte rendu
  - Enregistrement sur l'extranet dédié aux recherches actions de la promotion 52 de l'EN3S
  - Communication du compte rendu au directeur de recherche action
- ▼ Réunions de mise en commun des entretiens réalisés et validés
- Réunion du groupe d'élèves
  - Identification des points de convergence, des points de divergence et des éléments clés de chaque entretien au regard des objectifs de notre recherche.
- ▼ Points de validation avec le directeur de recherche action
- Présentation d'une synthèse des entretiens réalisés
  - Liste des constats et des enseignements issus de ces constats au regard des objectifs de notre recherche.

### **1.5.3 Les principales limites méthodologiques**

Notre recherche n'est pas un audit des modalités de ciblage et d'invitation des assurés par les CES. Elle ne constitue pas davantage une évaluation de la mise en œuvre du dispositif d'information des consultants.

Elle n'a donc pas pour objectif de porter un jugement sur l'organisation des CES ou de faire ressortir les points non conformes.

Ainsi, la démarche de recherche que nous avons déployée prend autant en compte des éléments quantitatifs, qui ont donné un socle aux analyses, que des éléments qualitatifs, issus de l'expression du vécu, du ressenti et de la réflexion des personnes interrogées.

La recherche est limitée à un nombre restreint de CES représentatifs de la diversité de situation des centres, et n'a pas vocation à apporter de vision sur l'ensemble du vécu de tous les CES.

### **1.5.4 Personnes ressources**

Nous sommes entrés en relation avec les personnes ci-dessous :

## CNAMTS

Prénom - Nom	Organisme	Fonction	Date	Modalité
Marie Christine KETERS	CNAMTS	Département Information et Prévention – Direction des assurés	30/04/13	Téléphone
Marie Christine LACROIX SCHNEIDER	CNAMTS	Sous Directeur	30/04/13 15/05/13	Téléphone

## CNAV

Prénom - Nom	Organisme	Fonction	Date	Modalité
Albert LAUTMAN	CNAV	Directeur de l'action sociale	27/03/13	Rendez- vous

## CNAF

Prénom - Nom	Organisme	Fonction	Date	Modalité
Mme VALLEE LACOUTURE	CNAF		09/09/2013	Téléphone

## CPAM

Prénom - Nom	Organisme	Fonction	Date	Modalité
Mme BONCHE	CPAM du Gard	Directrice adjointe	29/04/13	Téléphone
Jérôme PASCAUD	CPAM de Gironde	Directeur général	17/04/13	Téléphone
Nathalie ROCHE	CPAM de Gironde	Resp. Qualité des CES du réseau 6 - Chargée de mission auprès de la Direction	27/05/13	Téléphone
Thierry LEFEVRE	CPAM des Deux Sèvres (Niort)	Directeur général	25/04/13	Visio conférence
Pascal ENRIETTO	CPAM des Vosges	Directeur général	11/09/13	Téléphone

## CES

Prénom - Nom	Organisme	Fonction	Date	Modalité
Jean CAILLAUD	CES Niort	Resp. administratif	15/05/13	Téléphone
Yvan BARBIER	CES St Etienne	Directeur médical	22/04/13	Rendez-vous
Mme PELISSIER	CES St Etienne	Directeur administratif	22/04/13	Rendez-vous
Rémy DIDELOT	CES Marseille	Directeur médical	05/06/13	Téléphone
Jean Pierre FATRAS	CES Toulouse	Directeur médical	04/06/13	Téléphone
Jean DELCHAMBRE	CES St Brieuc	Directeur médical	Non disponible	
Hervé LE CLESIAU	CES Bobigny	Directeur médical	10/06/13	Téléphone
Thierry GODEFROY	UC-CMP Vandoeuvre les Nancy	Directeur médical	11/06/2013	Téléphone
Christian PALLAS	UC CMP	Directeur général	11/06/13	Téléphone
Bernard DIDION	ANPS	Directeur	28/05/13	Téléphone
Bertrand JEGO	IPC	Directeur	16/09/13	Téléphone

### 1.6 Principaux enseignements issus de nos recherches

Dans un premier temps, nous analyserons les stratégies des CES en matière de ciblage et d'accompagnement des populations fragiles pour faciliter l'accès aux droits (partie I). Dans un second temps, nous dégagerons des préconisations visant à améliorer ces dispositifs (partie II)

### 2.1 Deux modalités principales de recrutement : le requêtage et les partenariats

Les CES recourent à deux principales méthodes de recrutement : le requêtage et les partenariats. Le requêtage présente un avantage fort en termes d'efficience (nombre conséquent de consultants recrutés et coûts de mise en œuvre limités). Les partenariats, en revanche, n'assurent pas de forts volumes mais garantissent un haut niveau de performance en matière de ciblage des populations vulnérables.

#### 2.1.1 Le requêtage

##### 2.1.1.1 Les critères de requêtage

Le premier mode de recrutement utilisé par les CES consiste en un requêtage par les CPAM dans leurs fichiers.

Cette modalité de recrutement présente peu de difficultés pour les CES en gestion directe (CES comme service à part entière de la CPAM), contrairement aux CES en gestion conventionnés, pour lesquels l'accès aux données est plus complexe.

Le requêtage suppose, pour s'opérer, que les critères de requête soient préalablement définis. L'élaboration desdits critères s'est fondée dans un premier temps sur les catégories de populations énumérées par l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992.

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

Le bilan à mi-année 2013 du recrutement des populations dans les Centres d'examen de santé réalisé par le Cetaf en septembre 2013 précise néanmoins que les requêtes les plus souvent utilisées sont celles concernant les assurés bénéficiant de la CMUC, de la CMU, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires de l'ACS et les bénéficiaires d'IJ.

##### 2.1.1.2 Les modalités d'invitation

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

En premier lieu, les CES recourent très largement à l'envoi de courriers d'invitation, suivi d'une relance en cas de non-réponse. Cette méthode peut néanmoins prendre des formes diverses : envoi par le CES (CES de Nîmes, UCCMP) ou par la CPAM (ANPS) ; invitation directe ou jointe à une autre correspondance de la CPAM (exemple d'un envoi de l'invitation avec le décompte, pratiqué par le CES de Saint-Etienne). Le taux de réponse varie entre 3% et 5%, inférieur au taux de retour sur des invitations ou des ciblage réalisés par des partenaires (exemple de la CAF de St Etienne, dont les envois de courriers ont donné lieu à un taux de retour de 7%).

En second lieu, les CES utilisent également, bien que dans une moindre mesure, l'appel téléphonique direct. Là aussi les modalités varient selon les CES : appels réalisés par le CES ou par la PFS de la CPAM. L'UCCMP dispose même d'un centre d'appels dédié, qui permet la prise de rendez-vous directement par téléphone et des rappels téléphoniques à J-8 et à J-1 ; ce centre est en outre susceptible d'être mis au service d'autres CES (soutien du CES de Reims en 2011).

En dernier lieu, certains CES expérimentent de nouveaux modes d'invitation : le SMS (utilisation par l'UCCMP et les CES de Nîmes et d'Annecy pour les rappels) ; l'email (CES de Nîmes, ANPS) ; le déplacement sur un lieu ciblé à la suite d'un requêtage (CES de Nîmes) ; l'encart publicitaire dans un journal local (CES d'Annecy).

### **2.1.1.3 Les avantages**

Les avantages du requêtage sont multiples.

Tout d'abord, le requêtage s'impose comme une modalité de recrutement efficace. En effet, selon le bilan à mi-année 2013 du recrutement des populations dans les Centres d'examen de santé, les requêtages, menés sur le système d'information des CPAM, contribuent à 24,4% du recrutement des CES.

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

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

### **2.1.1.4 Les inconvénients**

Le requêtage n'est pour autant pas sans inconvénient.

Il apparaît tout d'abord que les pratiques de requêtage sont fortement hétérogènes : accès variable aux bases de données des CPAM selon le statut du CES, utilisation de critères de requêtage très différents selon les CES. En effet, les CES utilisent dans leur grande majorité un nombre limité de critères de requêtage, les critères socio-administratifs obtenus à partir de l'utilisation du score EPICES ou d'expériences réussies de certains CES n'étant pas toujours diffusés.

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

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

## **2.1.2 Les partenariats**

Tous les CES travaillent en partenariat avec d'autres organismes afin de cibler les assurés mais exploitent très peu les conventions nationales.

### **2.1.2.1 La relation partenariale des CES**

Si le requêtage permet le recrutement d'un nombre important de consultants, il présente une efficacité limitée en termes de ciblage des populations vulnérables. En effet, malgré l'introduction de critères de requêtes liés à l'article 2 et à la définition de profils socio-administratifs présumant d'une précarité des consultants, les partenariats s'imposent comme un outil largement plus adapté pour recruter des publics vulnérables. Ainsi, selon le bilan à mi-année 2013 du recrutement des populations dans les Centres d'examen de santé, 31% des publics vulnérables sont invités par un partenaire du CES. Les deux modes de recrutement apparaissent ainsi tout à fait complémentaires.

Les partenaires des CES sont multiples. Le bilan à mi-année 2013 réalisé par le Cetaf permet néanmoins d'identifier les partenaires qui participent le plus fortement au recrutement des consultants, à savoir : les centres de formation, les établissements scolaires, les missions locales, les foyers d'hébergement sociaux, les CCAS, les Caf, les Carsat (retraite et service social), les services de santé au travail, les établissements universitaires, les agences Pôle Emploi.

### **2.1.2.2 Les avantages**

Les avantages de la relation partenariale sont nombreux.

En premier lieu, la mobilisation des partenariats permet de s'assurer de la qualité du ciblage des populations vulnérables. En effet, les CES travaillent avec des partenaires qui prennent en charge, dans le cadre de leurs missions, des publics vulnérables, à l'instar des Missions locales qui aident des jeunes en insertion professionnelle. L'ambition du travail partenarial des CES est de créer un réseau que l'on pourrait qualifier de « Gagnant – Gagnant – Gagnant », en ce sens qu'il serait gagnant pour le CES (qualité du ciblage) ; gagnant pour le partenaire (la préservation de la santé demeurant une condition de réussite des missions de réinsertion) ; gagnant pour l'assuré (prise en charge de pathologies et limitation des facteurs de risques et atout supplémentaire pour sortir d'une situation de précarité).



En second lieu, le travail partenarial effectué par le CES permet de positionner celui-ci dans son environnement. Le CES s'impose ainsi auprès des acteurs locaux de l'insertion sociale comme un prestataire expert des questions de prévention. Cela ouvre des perspectives d'actions nouvelles au bénéfice des populations vulnérables, telles que le propose le rapport d'information de Georges Lapazée sur l'étude de la Cour des comptes relative à la politique vaccinale de la France et qui envisage de voir les CES participer à l'accès aux vaccins. La future loi de santé publique devrait entériner cette faculté pour les CES.

### **2.1.2.3 Les inconvénients**

Tout d'abord, le travail partenarial mené par les CES apparaît particulièrement coûteux. En effet, bien que rarement mesuré, le coût des partenariats est reconnu comme très supérieur aux autres modes d'invitation. Les dépenses engagées pour faire vivre les partenariats tiennent notamment à la gestion de la relation (exemple des chargés de partenariat de l'UCCMP) ; à l'animation d'informations collectives et aux déplacements conséquents (CES de Niort, de Saint-Etienne,...). Le coût du recrutement peut alors apparaître particulièrement élevé (coût d'un recrutement d'un apprenti en lien avec l'Afpa estimé à 40 euros par le CES de Niort).

Ensuite, le bon fonctionnement d'un partenariat dépend de la présence au sein de l'entité partenaire d'un interlocuteur dynamique et compétent. Cette dépendance à l'égard de l'interlocuteur local a été soulevée par l'ensemble des personnes interrogées. Cela se traduit par un risque d'inefficience du partenariat (exemple de déplacements organisés par des associations malgré de très nombreuses absences, cité par le CES de Niort) et par une certaine instabilité de la relation, surtout en l'absence d'outil de gestion de relation client.

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

### **2.1.2.4 Les conventions nationales, un outil peu exploité pour dynamiser les partenariats**

Le développement de la stratégie de conventions nationales engagée par le Cetaf avec les principaux partenaires institutionnels ne semble pas avoir modifié la gestion habituelle des partenariats pratiquée par les CES. En effet, les partenariats demeurent, avant tout, une affaire de relations interpersonnelles locales. L'ensemble des entretiens réalisés a mis en exergue deux conditions indispensables à la réussite du partenariat : l'implication personnelle d'un référent auprès du partenaire, et une forte implication du CES dans la relation partenariale.

Dès lors, les conventions nationales sont peu exploitées, au motif qu'elles semblent présenter plus d'inconvénients que d'avantages. Les conventions nationales apparaissent à la fois très formalisées (lourdeur de la mise en œuvre) et peu incitatives pour les partenaires locaux (pas de caractère obligatoire). Elles sont en outre peu connues des partenaires locaux et des organismes de sécurité sociale (OSS).

Dans ce contexte, la construction d'un réseau formalisé de partenaires dans lequel s'inscrirait le CES et qui permettrait le développement d'un parcours de vie du consultant ne semble pas garantie. En effet, la stratégie de conventions nationales n'avait pas pour seul objectif d'accroître le recrutement de consultants précaires ; elle tendait à mettre en relation non seulement les OSS mais l'ensemble des personnes morales engagées dans la prise en charge de personnes vulnérables. Il s'agissait de construire un parcours attentionné des consultants et de simplifier les relations entre leurs interlocuteurs afin d'offrir un service le

plus simple et le plus adapté possible aux publics précaires. Aussi, les effets limités des conventions nationales interrogent non seulement l'efficacité du recrutement des consultants vulnérables, via les partenariats, mais également la capacité des entités publiques et privées à but non lucratif à se coordonner pour mettre en place un parcours attentionné de leurs publics.

### **2.1.3 Une évaluation insuffisante des dispositifs de recrutement des consultants**

D'une façon générale, la mesure et l'évaluation des dispositifs de ciblage et d'invitation des assurés présentent des faiblesses qui limitent la capacité d'optimisation des processus. En effet, l'évaluation se fonde sur des données exclusivement déclaratives, dont l'exhaustivité et l'homogénéité ne sont pas assurées. Plus généralement, la notion d'efficacité est elle-même soumise à questionnement : S'agit-il de mesurer le volume de consultants recrutés ? Le volume de consultants précaires recrutés ? Convient-il de prendre en compte les spécificités du territoire (caractéristiques de la population, du bassin de vie,...) ? Peut-on ignorer les différences inhérentes au statut des CES (en gestion directe ou en gestion conventionnée) ?

## **2.2 L'information des consultants, une démarche pragmatique**

### **2.2.1 Les attentes de la CNAMTS**

L'information des consultants sur leurs droits en matière d'accès aux soins représente l'un des trois programmes nationaux (parallèlement au ciblage des populations et au dispositif d'éducation en santé) dont le déploiement est imposé aux CES par la caisse nationale.

A ce stade, l'exigence de la tutelle porte sur la mise en place d'un socle minimal dans le champ de l'accès aux droits de base (déclaration de médecin traitant, etc.) et à la complémentaire santé (CMUC et ACS).

Il s'agit ainsi d'assurer un lien entre l'EPS et l'accès effectif aux soins, en particulier pour les assurés les plus fragiles. Cette démarche favorise également la relation indispensable entre l'action du centre d'examen de santé et celle des équipes de la CPAM (dispositifs de gestion administrative ou de prévention).

Concrètement, ce dispositif relève donc d'une démarche d'accueil attentionné et individualisé des consultants qui conduit à assurer pour ces derniers, une prise en charge globale allant de la réalisation de l'examen de santé à l'accompagnement dans le système de soins.

En raison du nombre de consultants pris en charge dans les CES, l'objectif défini par la CNAMTS concernant cette offre de service n'est pas quantitatif mais plutôt qualitatif. Il s'agit donc principalement dans un premier temps, d'une part de veiller à la généralisation de l'activité sur l'ensemble du réseau et d'autre part de s'assurer de la qualité du service rendu.

En ce sens, les priorités concernent donc :

- ▼ La mobilisation des personnels administratifs des CES, l'évolution de leurs compétences et de leur contribution aux services rendus aux consultants
- ▼ La création d'un lien entre l'EPS et les dispositifs administratifs qui facilitent l'accès aux soins ou à la prévention dont a besoin le consultant au regard de son examen.

Le déploiement du dispositif implique la participation active de la CPAM, qui doit piloter cette action, ou tout au moins s'assurer de sa mise en œuvre. Cette implication de la caisse primaire s'inscrit parfaitement dans la vision de la caisse nationale, qui perçoit les CES comme des services des CPAM, pilotés par ces dernières et s'inscrivant dans une politique plus globale.

En ce sens, la création de synergies entre le centre d'examens de santé et les autres services de la caisse représente une heureuse conséquence de cette mise en œuvre.

## **2.2.2 Mise en œuvre dans les CES**

### **2.2.2.1 Une mise en œuvre largement conforme aux attentes de la CNAMTS**

La mise en œuvre du programme d'information des consultants est en cours de généralisation dans les CES.

Fin février 2013, 86 structures (CES ou antennes) ont formé leur personnel à la démarche « Information des consultants », dont 68 par l'intermédiaire du Cetaf.

Au total, le Cetaf a formé 182 collaborateurs de CES sur ce thème, grâce à la mise à disposition d'un kit méthodologique et de formations.

### **2.2.2.2 Des expériences réussies de complémentarités CES / CPAM pour aller au-delà du socle exigé par la CNAMTS**

Au regard des informations recueillies lors des entretiens téléphoniques, il est apparu que la plus grande efficacité dans la mise en œuvre du dispositif d'information des consultants est obtenue dans les CES qui partagent leurs locaux avec les CPAM, confirmant la nécessité d'une meilleure intégration de l'activité des CES dans la stratégie de gestion du risque mise en place dans les CPAM.

La question de la localisation du CES est apparue essentielle pour la qualité du suivi des consultants et pour l'efficacité du ciblage des populations vulnérables.

Les entretiens téléphoniques réalisés ont permis de recueillir des exemples d'expériences réussies de CES ayant mis en œuvre des actions dépassant le socle minimum requis par la CNAMTS :

- ▼ Dans les CES de Saint-Etienne et de Nîmes, l'agent chargé de l'accueil administratif au CES établit une fiche de liaison à destination du service social de la CPAM pour un meilleur suivi et accompagnement du consultant,
- ▼ Certains CES développent déjà une approche populationnelle de l'EPS, avec une adaptation de son contenu :
  - Le CES Nîmes a mis en place un « parcours jeunes » avec une modulation de l'EPS, qui intègre le dépistage VIH et des tests toxicologiques ;
  - Le CES de Lyon pratique des EPS seniors avec des ateliers équilibre.
- ▼ Afin de toucher les personnes qui ne se seraient pas déplacées au CES, des EPS sont réalisés dans des zones éloignées du CES, identifiées comme précaires au regard des populations qu'elles abritent. C'est le cas du CES de Maubeuge qui s'est fixé un objectif de 800 EPS à réaliser à Cambrai et Valenciennes, du CES de Lens à St Quentin sur Vervins pour 200 EPS. L'UCCMP de Vandœuvre-lès-Nancy quant à lui, ouvre des sites de proximité à Sarrebourg, Epinal, Chaumont, Troyes, avec le concours des CPAM concernées.
- ▼ Les CES de Saint-Etienne, Niort et Bordeaux ont mis en place des « pôles de solidarité » avec les différents services de la CPAM en lien avec les publics vulnérables, pour renforcer les synergies entre les services. Un suivi du consultant est alors réalisé pour permettre un accompagnement au-delà du niveau 1.
- ▼ Certains CES font la promotion des programmes PRADO et Sophia dans leurs accueils et le CES de Niort développe des mises en relations mutuelles avec le service « santé active ».

### 2.2.3 Les difficultés rencontrées

Le déploiement de cette nouvelle mission, souhaité par la CNAMTS n'est pas sans poser de questions quant à son organisation concrète. Comme le souligne le rapport ALCIMED sur les missions confiées aux CES, s'il existe des synergies positives entre les nouveaux programmes et l'activité plus traditionnelle des CES, leur mise en place nécessite d'organiser le processus d'intégration de ces nouveaux programmes. Cela suppose de mieux définir les stratégies de développement des CES d'une part et un fort niveau d'adhésion et de formation des personnels, d'autre part.

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

### 3 NOS PRECONISATIONS EN MATIERE DE STRATEGIE DES CES POUR FACILITER L'ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS FRAGILES

Partenariats ou requêtage ? Conventions nationales ou partenariats locaux ?

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

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

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

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

- ▼ Renforcer l'intégration des CES dans les politiques des CPAM,
- ▼ Professionnaliser l'évaluation de l'action des CES, et notamment des actions de ciblage et d'invitation, pour progresser vers une évaluation globale de la valeur qui porterait sur l'efficacité, l'efficience, et la capacité du CES à modifier les comportements du consultant ;
- ▼ Utiliser les conventions nationales pour favoriser l'émergence de synergies territoriales et le développement de parcours de santé, voire de parcours de vie.

#### 3.1 Renforcer l'intégration des CES dans les politiques des CPAM

##### 3.1.1 Prendre en compte l'intégralité de l'action des CES dans les COG

A l'heure actuelle, les COG ne contiennent des objectifs concernant les CES qu'en matière de ciblage des consultants. Or, pour éviter de voir apparaître des disparités dans les actions mises en œuvre, il conviendrait d'y intégrer des objectifs relatifs à l'information des consultants.

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

##### 3.1.2 Affirmer les CES comme acteurs de la gestion du risque au sein des CPAM

Les travaux de la Mission déléguée du CNG « Assurance maladie et vulnérabilités » permettent d'identifier 4 difficultés majeures auxquelles est confrontée l'Assurance maladie dans l'exercice de sa mission :

- ▼ Non accès des assurés à leurs droits légaux ;
- ▼ Non recours aux offres de service et d'accompagnement proposées ;
- ▼ Inadaptation des informations collectives ou individuelles diffusées auprès de certains profils d'assurés ;
- ▼ Aggravation de situations déjà fragilisées par des décisions administratives et individuelles défavorables.

Ces difficultés sont en outre renforcées dans le cas de personnes en état de vulnérabilité, quel que soit l'origine de cette situation (en lien avec les ressources monétaires, l'éloignement du système Assurance maladie/soins, la maladie, l'éducation/formation).

Dans ce contexte, le CES a un rôle important à jouer comme acteur majeur du repérage des situations de vulnérabilité et de l'accompagnement effectif de ce public dans le parcours de soins.

L'exercice efficace de cette double mission, implique de lier fortement la démarche d'information sur les droits au traitement administratif et aux dispositifs de prévention pilotés par les caisses primaires. En ce sens, il s'agit, afin de renforcer l'efficacité de l'action du CES, de le positionner comme l'un des opérateurs principaux de la CPAM, s'agissant de l'accès aux soins et de l'amélioration de la santé des publics les plus fragiles.

Ce choix est déjà opérationnel dans certaines situations relevées sur le terrain. Ainsi, les CPAM les plus avancées ont clairement affirmé ce positionnement, à travers des organigrammes où les CES sont intégrés à la GDR, ou à une branche santé plus large incluant GDR, précarité et front office. Dans ces organisations, les CES sont naturellement impliqués dans les actions de GDR, les relations entre le service Précarité de la caisse et le CES sont de nature à créer des synergies, en particulier dans les actions partenariales, tandis que le front office fait naturellement la promotion de l'EPS auprès des publics cibles, et que le CES identifie les relais utiles auprès de la CPAM après un EPS (service social, service prestations, ..)

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

D'une part, certaines caisses n'ont à ce jour organisé que peu de liens entre le CES et les autres acteurs de la GDR, de la prévention et de la précarité au sein de la caisse. C'est notamment le cas quand le CES est relié au département des « Œuvres » ou des « Moyens » dans les caisses. D'autre part, certaines caisses ont confié leur CES à un organisme conventionné. Ces cas sont particuliers, car les CES conventionnés sont aujourd'hui peu intégrés aux actions des CPAM, et leur autonomie de gestion les a conduits à élaborer des politiques personnelles qui ne facilitent pas leur intégration dans les politiques des caisses. Pour ces CES, il convient d'envisager le renouvellement des modalités de tutelles des CPAM, en reposant la question des objectifs, du reporting, des budgets alloués, des instances de supervision et de décisions, voire de la forme juridique des organismes conventionnés.

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

### 3.1.3 Promouvoir les synergies entre les CES et les CPAM

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

Les CPAM lancent des programmes de travail avec les CES mais rarement dans le cadre d'une démarche professionnalisée et transversale. L'action commune se limite la plupart du temps à une action d'identification, par le CES, de cibles individuelles pour les programmes portés par les caisses (ex./ Sophia), puis à une action d'information du consultant sur ledit programme.

Par ailleurs, les publics en situation de précarité ne sont pas la cible prioritaire des actions marketing menées par les caisses. Ces actions (campagnes sms, offres rebonds, appels téléphoniques sortants) sont davantage orientées vers le grand public, avec des objectifs de volume (ex./ augmenter le nombre d'adhérents au compte ameli.fr)

Enfin, en dehors de critères administratifs purs (bénéficiaires CMUC), les systèmes d'information des CPAM sont relativement pauvres en critères discriminants utiles au ciblage de publics en situation de précarité.

Dès lors, les synergies sont à organiser et promouvoir.

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

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

Par ailleurs, des marges de manœuvre sont à exploiter au niveau des systèmes d'information des caisses.

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

Des croisements d'information sont également à imaginer avec des sources d'information externes. Ainsi, certains CES incluent dans leurs critères de ciblage des critères géographiques (ZUS) ou socio-économiques (INSEE, Observatoire des inégalités territoriales) pour identifier les publics fragiles.

A ce titre, la participation du CES à la réalisation d'un autodiagnostic territorial d'une caisse primaire est important afin qu'il le partage et se l'approprié.

## **3.2 Professionnaliser l'évaluation de l'action des CES**

### **3.2.1 L'intérêt d'une évaluation globale des actions des CES**

Dans un contexte de recherche d'efficacité et de maîtrise des coûts de plus en plus exigeant, l'Assurance maladie est tenue de systématiser la mesure de la performance. Cette exigence impose aux CES d'évaluer l'efficacité et l'efficience des processus de ciblage et d'invitation.

Pour autant, évaluer la valeur de ces processus, voire plus globalement la valeur des examens de santé, ne saurait se limiter à l'analyse des résultats au regard des objectifs (l'efficacité) ou au regard des ressources engagées pour atteindre ces objectifs (l'efficience).

En effet, ces processus ne sont que les composantes d'un dispositif plus large de prévention des risques de santé des populations fragiles. Dès lors, c'est aussi au regard de leur contribution à des objectifs plus globaux de gestion du risque et d'accès aux soins des publics vulnérables qu'il convient d'évaluer ces processus. L'évaluation porterait autant sur l'efficacité et l'efficience que sur l'observance des pratiques de prévention et d'accès aux soins ou aux dispositifs de prévention secondaire ou tertiaire par les consultants.

Cette approche globale de l'évaluation des processus pose deux questions : la question des données disponibles et de l'outil de traitement d'une part, la question de la méthode d'évaluation d'autre part.

Concernant les données et les outils de traitement, nous avons constaté qu'ils ne permettent qu'une évaluation partielle des processus de ciblage et d'invitation, que cela soit dans une dimension globale (dans un cadre de gestion du risque de l'Assurance maladie), ou dans un cadre de pure gestion (efficacité, efficience).

Concernant la méthode d'évaluation, les démarches qualité déployées dans les CES ont vocation à structurer les travaux des CES.

### **3.2.2 Les démarches qualité, éléments structurants pour évaluer l'action des CES**

#### **3.2.2.1 Le Système de Management de la Qualité (SMQ) – norme ISO 9001**

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

Cette approche a notamment conduit à l'introduction, dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des CPAM, d'objectifs relatifs aux CES.

Elle a également conduit certains CES à entreprendre des démarches structurées et élaborées d'évaluation de la valeur de processus clés, définis dans le cadre du SMQ.

Ainsi, les CES du secteur 6, en partenariat avec le Cetaf, ont entrepris de mettre en œuvre la méthode d'analyse de la valeur MAREVA (Méthode d'Analyse et de Remontée de la Valeur).



Cette méthode, mise au point par l'Agence pour le Développement de l'Administration Electronique (devenue depuis un service de la Direction Générale de Modernisation de l'Etat du Ministère du Budget), est celle utilisée par la CNAMTS depuis 2006.

Le référentiel d'analyse a été appliqué par le réseau 6 au recrutement par requêtes et au recrutement par partenariat, pour déterminer quel mode de ciblage et d'invitation produit le plus de valeur, à l'aune de deux impératifs : la gestion du risque pour l'évaluation qualitative, et l'efficacité pour l'estimation quantitative.

Au final, il apparaît à l'issue de cette évaluation que les deux modes de recrutement produisent de la valeur, mais dans des domaines différents. Le recrutement par requête est moins coûteux et produit du volume, tandis que les partenariats, plus coûteux, garantissent un meilleur ciblage et de meilleurs résultats en matière de gestion du risque (plus d'impact sur la modification des comportements à risque des consultants)

Plus globalement, le déploiement de la méthode MAREVA sur l'ensemble des CES ne paraît pas envisageable. D'une part, les CES ne sont vraisemblablement pas mûrs pour se livrer à une analyse globale de la valeur, alors même qu'ils ne mesurent pas tous les coûts de leurs process et qu'ils ne disposent pas de systèmes d'information pour fiabiliser et automatiser les traitements des données utiles à ces analyses. D'autre part, de l'aveu même du réseau 6, la mise en œuvre de la méthode Mareva est fortement consommatrice de temps, et nécessite la mise en œuvre de compétences spécifiques rarement disponibles dans les CES.

### **3.2.2.2 Le Système de Management Intégré (SMI), nouveau référentiel CNAMTS en cours de déploiement dans les CPAM à compter de 2014**

Ce référentiel contient des attendus opposables et des recommandations de bonnes pratiques. À ce titre, il précise les dispositions qui ont pour ambition de créer les conditions d'un pilotage optimisé des organismes et des activités de l'Assurance maladie dans le but d'améliorer sa performance globale au service de ses missions stratégiques.

La performance s'entend comme la capacité de l'Assurance maladie à inscrire durablement son action dans une triple dynamique d'efficacité, d'efficacité et de responsabilité sociale.

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

Ce processus est partagé avec d'autres services présents dans les CPAM. De ce fait, la définition des objectifs du CPG, le choix des indicateurs de suivi de l'activité des CES et le traitement de l'évaluation des processus, seront des thématiques traitées dès 2014, en lien avec les CPAM, tenues de décliner le SMI au sein de leurs organisations.

### **3.2.3 Nos propositions pour déployer des pratiques d'évaluation des processus de ciblage et d'invitation dans les CES.**

Bien que le déploiement du SMI ait vocation à répondre à la question de la professionnalisation de l'évaluation des CES, nos recherches conduisent à proposer deux actions pour institutionnaliser l'évaluation des processus de ciblage et d'invitation, et inclure

dans les systèmes de reporting existants pour les CES des données quantitatives et qualitatives :

- ▼ Exiger des CES, suivant un calendrier qui pourrait coïncider avec celui de la prochaine COG de l'Assurance maladie, de déployer l'outil OSCARR.

L'accès à cet outil, actuellement à disposition des CPAM pour ventiler les temps de travail des agents par activité et développer le contrôle de gestion et la comptabilité analytique, sera ouvert aux CES à compter de janvier 2014. L'identification des tâches de ciblage et d'invitation dans OSCARR donnerait une visibilité accrue sur les coûts de ces processus, tandis que le croisement de ces données avec celles issues de SAGES 2 (destiné à produire les rapports d'activité des CES) et de CESNET (introduction de données qualitatives) contribuerait à disposer d'une évaluation plus globale et exhaustive de l'activité des CES et de leur contribution aux objectifs de gestion du risque de l'Assurance maladie.

- ▼ Enrichir CESNET

CESNET est le portail déclaratif, qui comporte des données qualitatives et quantitatives sur l'activité des CES. Les CES saisissent des données relatives à leur activité chaque trimestre. Ces données sont exploitées par la CNAMTS (établissement de tableaux de bord, calcul du coût de l'EPS, contrôle de l'objectif COG de 50% de précaires) et servent de base aux entretiens annuels de gestion avec le CES (ou la CPAM dans le cas de gestion directe). Ce système de reporting est toutefois peu satisfaisant à l'heure actuelle pour répondre au besoin d'évaluation des processus de ciblage et d'invitation : outre le fait qu'il est déclaratif et que les CES indiquent des données recueillies de manière hétérogène tant au niveau de la méthode de recueil et de calcul que de la source des données, il reste incomplet. Ainsi, il n'intègre pas de données sur les modalités d'invitation des assurés, les pratiques de ciblage ou l'origine des consultants.

Nous avons un temps envisagé de proposer l'évolution du projet SAGES 2 en lien avec les besoins d'évaluation de l'efficacité et de l'efficacité des processus de ciblage et d'invitation des CES.

En effet, un projet d'évolution de SAGES vers SAGES 2 est en cours, avec un déploiement envisagé en 2016. Ce développement semblait présenter une opportunité de mettre à disposition des CES un outil unique intégré de production et de gestion. Or, si SAGES 2 est effectivement plus adapté aux exigences actuelles des systèmes d'information, et qu'il a bien vocation à être l'outil de supervision des CES, les évolutions prévues à ce jour portent d'abord sur la nomenclature médicale. Les dimensions gestion et évaluation de la valeur ne sont pas portées par l'outil, ni dans ses capacités de traitement, ni dans la nature des données stockées.

### **3.2.4 Inscrire les CES dans une logique de réseaux et de territoires**

En matière d'action à l'attention des précaires, quelles que soient les organisations, les transversalités ou les moyens marketing mis en œuvre, la question de la proximité reste centrale. Elle implique la capacité de la CPAM et du CES à « aller vers » les publics visés. Sans cette logique, tout effort de ciblage ou de communication est voué à une efficacité limitée, notamment au regard des moyens engagés.

### **3.2.5 Une approche populationnelle et territoriale pour améliorer les capacités de recrutement des CES**

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

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

Quant à l'approche territoriale, elle est expérimentée dans plusieurs CES, avec un recrutement ciblé sur les territoires qui se caractérisent par la précarité de leur population (UCCMP, CES de Nîmes). Ces CES utilisent des indicateurs socio-économiques (revenu moyen, taux de chômage,...) pour établir la cartographie des zones de vulnérabilités. Il importe de noter que la nouvelle géographie prioritaire, présentée par le ministre délégué à la Ville en juin 2013, se fondera exclusivement sur le critère du revenu. Il s'agit ainsi d'utiliser des données objectives, socio-économiques, pour améliorer le ciblage des politiques publiques.

Le développement d'une approche populationnelle et territoriale, qui permet d'adapter les modalités de recrutement et le contenu de l'offre aux segments de populations identifiés à partir de critères d'âge ou géographique, apparaît comme un outil efficace pour accéder plus aisément aux populations vulnérables et les convaincre de se rendre dans les CES.

### **3.2.6 Réseaux innovants : Identifier, évaluer, relayer les bonnes pratiques partenariales**

#### **3.2.6.1 Expériences locales de décloisonnement des acteurs**

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

Les CES de Nîmes, Saint-Etienne et Bordeaux tentent d'accompagner les consultants dans la souscription à une mutuelle de santé, notamment en faisant des demandes d'achats groupés afin d'obtenir de meilleurs tarifs.

Au CES de Cambrai, une infirmière prend des RDV chez un médecin généraliste ou un spécialiste pour les consultants les plus vulnérables, si une suite doit être donnée à l'EPS. Elle assure un suivi et un accompagnement si nécessaire.

Cette action très ciblée (un faible nombre de consultants est concerné) bénéficie d'un financement de l'ARS (à hauteur de 0,4 ETP). Cette action présente une forte valeur ajoutée en matière de resocialisation des personnes très éloignées du système de soins.

Des partenariats autour des ateliers d'éducation thérapeutique sont localement mis en place avec les hôpitaux publics ne disposant pas nécessairement d'une offre de service pour toutes les populations et pathologies. C'est le cas au CES de Bordeaux

On observe en Seine-Saint-Denis et en Rhône-Alpes le développement d'ateliers « santé ville » auxquels les CES sont associés. Ces ateliers visent à réduire localement les inégalités sociales et territoriales de santé, en constituant des réseaux associant des professionnels de la santé et du secteur social (médecins et personnels paramédicaux, éducateurs, travailleurs sociaux, assistants sociaux) et des partenaires divers.

Les CES de Bobigny et de Rennes ont noué des relations avec les facultés de médecine, pour accueillir des internes au sein des CES, afin de les sensibiliser à la médecine préventive.

Le CES Niort envisage de mettre en place des partenariats inter-régimes avec la MSA et le RSI.

En outre, le CES de Nîmes propose de réfléchir à une meilleure utilisation du levier que constitue la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publics), afin d'inciter les généralistes à envoyer leur patients vers les CES pour y faire de la prévention.

### **3.2.6.2 Une expérience nationale : le PLANIR (Plan Locaux d'Accompagnement du Non-Recours, de l'Incompréhension, des Ruptures)**

Fort du constat de la nécessité d'une action concertée et coordonnée de l'ensemble des acteurs concernés par ces situations de vulnérabilité, certains responsables proposent une formalisation et une contractualisation du dispositif.

C'est le sens de la proposition de la Mission déléguée du CNG, qui vise à l'élaboration dans chaque caisse primaire d'un plan d'action pluriannuel (PLANIR), mobilisant CPAM, CES, ELSM et secteur social de la CARSAT. Il s'agirait ainsi notamment, d'associer formellement le CES dans une démarche de repérage de situations de vulnérabilités au Front Office.

La participation des CES aux PLANIR (Plan Locaux d'Accompagnement du Non-Recours, de l'Incompréhension, des Ruptures) pourrait être conséquente, mais doit être cadrée. En effet, les CES ne peuvent ni ne doivent se substituer aux services des CPAM en matière de rupture de droits, car ce n'est pas leur vocation. En outre, les moyens humains et techniques dont ils disposent ne leur permettent pas non plus de se lancer dans des démarches de ciblage individuels, comme semblent l'envisager les PLANIR. Enfin, le pilotage des PLANIR doit là encore, se faire au niveau national, afin d'éviter d'aboutir à un panachage d'objectifs

qui feraient retomber les CES dans les travers relevés par le rapport annuel sur la Sécurité sociale de la Cour des Comptes de 2009.

Toutefois, le Cetaf précise tout l'intérêt de mettre en œuvre des approches collectives sur des populations ciblées en fonction d'analyses territoriales, et ce en privilégiant les primo arrivants vulnérables en CES. Ces approches collectives s'imposent au regard du nombre d'EPS réalisés annuellement par les CES et de la population vulnérable estimée à 8,5 millions de personnes.

### **3.2.7 Les conventions nationales, un outil-clé pour développer l'approche populationnelle et territoriale des CES**

La conception des conventions la plus partagée au sein des CES est celle d'outils visant d'abord à améliorer les capacités de recrutement des CES. Or les conventions présentent une finalité autre, qui est d'inscrire les CES dans un réseau de partenaires.

En effet, le système français de protection sociale se caractérise par une grande complexité (multiplicité des normes et des acteurs). Si cette complexité traduit avant tout une volonté d'apporter la réponse la plus adaptée à la demande des individus confrontés à des risques sociaux, elle génère également des lenteurs et des difficultés pour les publics, notamment les plus vulnérables. Il s'agit donc, non pas de procéder à une élimination de règles ou d'acteurs de manière à accéder à la simplification par le vide, mais de simplifier le traitement de la demande par la mise en réseau des acteurs. C'est toute l'idée du parcours de vie, développée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans son rapport annuel de 2012, qui insiste sur la nécessité d'une continuité dans l'accompagnement des personnes et ce malgré la multiplicité des acteurs impliqués dans la prise en charge.

Dans ce contexte, l'ambition des conventions nationales, de mettre les CES en relation avec les autres acteurs en lien avec les publics vulnérables, apparaît tout à fait pertinente. Inscrits dans un réseau structuré, les CES peuvent approfondir la connaissance des populations de leur territoire et partant adapter leurs modalités de recrutement et le format de leur offre (approche populationnelle et territoriale). Plus encore, la promotion des conventions nationales ne saurait avoir pour seul objectif d'améliorer le recrutement des CES : elle vise à faire des CES comme de tous les autres acteurs intervenant dans le champ de la protection sociale des portes d'entrée pour les publics vulnérables. Ainsi, les personnes précaires peuvent, quel que soit leur interlocuteur, être identifiées et orientées selon leurs besoins. C'est cette préoccupation de décroisement et de mise en réseau, qui constitue la plus-value des conventions nationales, et qui est à l'origine de nombre de nouvelles politiques publiques (la stratégie nationale de santé fondée sur une médecine de parcours, le PLANIR,...).

Aussi, la promotion des conventions nationales devrait être pérennisée et recentrée sur cet objectif de mise en réseau des CES, même si cela doit conduire à une refonte du contenu des conventions nationales. Ce recentrage permettrait une communication plus aisée sur le bien-fondé des conventions. Dans ce contexte, la promotion desdites conventions pourrait comporter une dimension de contrainte : information active de l'instance nationale partenaire auprès de l'ensemble de son réseau sur le dispositif de la convention nationale et les

obligations qu'ils emportent ; pour les OSS, définition d'objectifs chiffrés d'envoi de consultants pour chaque partenaire dans le cadre des CPG.

## 4 CONCLUSION

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

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

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

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

En outre, le décloisonnement des acteurs impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale de ces publics serait de nature à véritablement ancrer les CES dans une logique de parcours de vie préconisée par les autorités compétentes de l'Etat. De fait, les CES pourraient eux-mêmes participer à la concrétisation de ce décloisonnement par le biais des conventions nationales de partenariat, déclinées localement.

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

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

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

Le Cetaf est l'opérateur privilégié des CES pour ce faire, en appui de la CNAMTS. Il est en effet en capacité de prendre du recul, et de définir ces méthodologies au service de la Stratégie

Nationale de Santé. L'action du Cetaf a d'autant plus de pertinence qu'elle s'inscrit dans une logique partenariale en lien avec d'autres acteurs institutionnels. (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé par exemple).

## 5.1 Bibliographie

Ciblage et prise en charge des populations vulnérables par les CES. Bibliographie indicative

### ▼ Textes normatifs

Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079995>

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et Etat (2010). Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013. En ligne : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cog\\_cnamts2010-13.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cog_cnamts2010-13.pdf)

### ▼ Accords de coopération

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (2009). Accord-cadre de coopération : « Promotion de partenariats conventionnels entre les services sociaux des caisses régionales d'assurance maladie et les centres d'examens de santé ».

Caisse nationale d'assurance vieillesse et Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (2008). Accord-cadre de coopération pour la prévention.

Caisse nationale d'assurance vieillesse et Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (2012). Avenant n°1 à l'accord-cadre de coopération pour la prévention.

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé. Modèle de convention CES et agences Pôle Emploi.

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé. Cahier technique pour mise en œuvre des partenariats avec Pôle emploi (2013).

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé et AGIRC-ARRCO. Accord-cadre de coopération (2013).

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé. Modèle de convention CES et services de santé au travail.



Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé et Conseil national des missions locales (2011). Accord-cadre de coopération : Promotion de partenariats conventionnels entre les missions locales et les centres d'examens de santé.

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé et Ugecam (2013). Accord-cadre de coopération.

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé et Union nationale des centres communaux d'action sociale (2011). Accord-cadre de coopération.

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé et Union des professionnels de l'hébergement social (2008). Accord-cadre de coopération.

### ▼ Etudes

Alexandre J., Bazinet M., Bonneau Blaire I., Chadebec G., Cornec C., Cousin J.C., DURAND J., Gautron J., Havret B. (2003), Le guide du benchmarking, Paris, Les Editions d'Organisation.

Barbier Y., Bongue B., Chatain C., De La Celle C., DePierre M., Etéchami E., Gerbaud L., Gutton S., Labbe E., Laboulaye P., Lazarus S., Le Clésiau H., Léger B., Lenain J.-L., Moulin J.-J., Nitenberg C., Pagnon X., Philippe D., Pouchard M., Rohmer J.-F., Sass C., Soufi K., Vandernoot M.-P. (2011). Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Pratiques et Organisation des Soins Volume 42 n°2 / avril-juin 2011.

Camp Robert C. (1995), Le Benchmarking –Pour atteindre l'excellence et dépasser vos concurrents, Paris, Les Editions d'Organisation.

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (2012). Bilan à mi-année 2012 : Recrutement des populations vulnérables dans les Centres d'examens de santé.

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (2013). Bilan de l'année 2012 : Recrutement des populations vulnérables dans les Centres d'examens de santé.

Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2012). Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. En ligne : [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_couv.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf)

Cour des comptes (2009). Rapport 2009 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. En ligne : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2009>

Sous la direction de FANTINO B. (2011), Comprendre la santé des aînés - Manuel pratique de recherche-action en gérontologie-gériatrie, Vottem, Dunod.

Géographie de la santé dans les centres d'examen de santé.

Sass C. (2011). Renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance maladie. En ligne : [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_Cetaf\\_FCMU\\_Renoncement\\_soins\\_2011.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf)

## 5.2 Guide d'entretien – responsables de CPAM

**Interlocuteur :**

**Fonctions :**

**Organisme :**

**Thèmes abordés :**

- Vision de la direction d'une CPAM sur la place dévolue aux CES dans le système de santé
- Appréciation du bilan en matière de ciblage des personnes vulnérables
- Perspectives pour les centres d'examen de santé en matière d'offre de service à destination des publics vulnérables

**Date :**

---

**THEME 1 :** Vision de la direction d'une CPAM sur la place dévolue aux CES dans le système de santé

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
Quelle est la place des CES dans le système de santé?	Comment pourrait-on précisément définir la contribution attendue des CES dans l'organisation du système de santé ?	
Quel est le rôle dévolu au CES dans la CPAM ?	Quelle vision sur le rôle des différents acteurs : CNAMTS/ Cetaf / CPAM / CES ?	Pourriez-vous nous indiquer les éléments de pilotage utilisés (les indicateurs)?
	Y a-t-il une évolution récente du positionnement de la tutelle par rapport aux CES ?	
	Comment est organisé le pilotage du CES par la CPAM ?	

**THEME 2:** Appréciation du bilan en matière de ciblage des personnes vulnérables

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>Quel bilan peut-on faire en matière de ciblage (au sein du réseau, au niveau de chaque CES) ?</p>	<p>Quels sont les différents taux de précarité et leur évolution sur la durée de la dernière COG ?</p>	<p>Quels sont les indicateurs permettant de mesurer cette efficacité ?</p>
<p>Quelle est la contribution du réseau aux résultats des CES?</p>	<p>Quels sont les moyens mis en œuvre par le réseau ?</p>	<p>Comment est utilisée la comparaison de l'efficacité des dispositifs pour piloter le CES ?</p>
<p>Quels sont les modes de ciblage utilisés ?</p>	<p>Quels sont les moyens mis en œuvre par les CES ?</p>	<p>Quels sont les dispositifs utilisés pour cibler les consultants : déclinaison des conventions nationales, autres partenariats locaux, téléphone, mailing ciblé, requêtes sur bases de données CPAM, informations collectives, ...</p>
<p>Peut-on en mesurer l'efficacité ?</p>	<p>L'efficacité des dispositifs de recrutement est-elle mesurée?</p> <p>Y-a-t-il d'autres critères que l'efficacité pour juger de la pertinence d'une méthode de recrutement?</p>	<p>Quel est le coût du ciblage rapporté au coût moyen de l'EPS ?</p>
<p>Quelles perspectives d'évolution des objectifs en matière de ciblage ?</p>		

**THEME 3** : Perspectives pour les centres d'examens de santé en matière d'offre de services à destination des publics vulnérables

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>Comment mesurer l'efficience du programme d'information des consultants?</p> <p>Quelles sont les attentes d'un directeur de CPAM vis-à-vis de ce dispositif ?</p> <p>Quelles évolutions envisager pour améliorer le dispositif ?</p>	<p>Comment est déployé localement, le dispositif d'information des consultants ?</p> <p>Y-a-t-il des indicateurs d'efficience et/ou d'efficacité ?</p> <p>Y-aurait-il d'autres thèmes à rajouter dans ce dispositif?</p> <p>Est-il pertinent d'envisager un élargissement du dispositif à d'autres partenaires (associations, autres organismes de protection sociale, etc.) ?</p> <p>Quels seraient les facteurs de succès et de risques de cette évolution ?</p>	<p>Quelle est l'importance de cette activité au sein du CES ?</p> <p>Quels impacts organisationnels, RH, ... ?</p> <p>Quels objectifs pourraient être opposables aux CES en matière d'information des consultants ?</p> <p>Quels pourraient être les thèmes les plus pertinents ?</p> <p>Quels pourraient être les nouveaux partenaires ?</p>

### 5.3 Guide d'entretien – CNAMTS

**Interlocuteur :**

**Organisme :**

**Thèmes abordés :**

- Vision de la tutelle sur la place dévolue aux CES dans le système de santé
- Appréciation du bilan des CES en matière de ciblage et de prise en charge des personnes vulnérables
  - Forces et Faiblesses
  - Opportunités et Risques
- Orientations prévisibles de la prochaine COG par rapport aux CES (évolution des objectifs, ...) et à l'EPS (différenciation des examens selon les catégories de consultants : EPS Junior, EPS sénior, ...)
- Données actualisées (nombre d'ETP, Budget) et principes de financement

**Date**

**THEME 1** : Vision de la tutelle sur la place dévolue aux CES dans le système de santé

<b>Questions principales</b>	<b>Questions complémentaires</b>	<b>Questions de clarification</b>
<p>Quelle est la place des CES dans le système de santé?</p> <p>Quel est le rôle dévolu aux CES dans le schéma organisationnel de la CNAMTS ?</p>	<p>Comment pourrait-on précisément définir la contribution attendue des CES dans l'organisation du système de santé ?</p> <p>Quelle vision sur le rôle des différents acteurs : CNAMTS/ Cetaf / CPAM / CES ?</p> <p>Y a-t-il une évolution récente du positionnement de la tutelle par rapport aux CES ?</p> <p>Comment est organisé au niveau national, le pilotage des CES par la CNAMTS ?</p>	<p>Pourriez-vous nous indiquer les éléments de pilotage utilisés (les indicateurs)?</p>

**THEME 2:** Appréciation du bilan des CES en matière de ciblage et de prise en charge des personnes vulnérables

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>Quel bilan peut-on faire de l'action des CES?</p>	<p>Quel bilan peut-on faire de l'action des CES en matière de ciblage des publics vulnérables ?</p> <p>Quel bilan peut-on faire s'agissant de l'accompagnement des publics cibles ?</p> <p>Quel regard la CNAMTS porte-t-elle sur la politique partenariale (conventions nationales) préconisée par le Cetaf, et sur sa déclinaison locale ?</p> <p>D'un point de vue plus global, comment la CNAMTS évalue-t-elle l'efficacité des CES?</p> <p>Quels sont les freins éventuellement constatés ?</p> <p>Quels seraient les points de satisfaction ? d'amélioration ?</p> <p>Dans un contexte actuel budgétairement très contraint, quels sont les risques et les opportunités qu'il est possible d'identifier?</p>	<p>Quels sont les centres d'examens jugés les plus performants par la tutelle ? quels critères ? quelle explication peut-on donner ?</p> <p>Y-a-t-il des exemples de partenariats réussis, du point de vue de la tutelle?</p> <p>Quel regard la CNAMTS porte-t-elle sur la mesure de l'efficience des CES (pratiques de ciblage essentiellement) ?</p>



**THEME 3 : Orientations prévisibles de la prochaine COG par rapport aux CES et à l'EPS**

<b>Questions principales</b>	<b>Questions complémentaires</b>	<b>Questions de clarification</b>
<p>Peut-on dès à présent dégager des perspectives pour la prochaine COG s'agissant des centres d'examens?</p>	<p>Est-il d'ores et déjà envisagé une évolution des objectifs donnés aux CES (ciblage des personnes précaires, etc.) ?</p> <p>Y-a-t-il une réflexion sur la mise en œuvre d'un EPS différencié selon les publics (jeunes, seniors, ..) ? Le cas échéant une traduction dans la prochaine COG est-elle envisageable ? Quel impact prévisible sur les CES ?</p>	<p>Quels pourraient être les nouveaux objectifs envisagés ?</p> <p>Y-a-t-il des expériences concrètes d'EPS différenciés ? Est-il possible d'en tirer des enseignements sur l'évolution des pratiques des CES ?</p>

**THEME 4 : Données actualisées et financement**

<b>Questions principales</b>	<b>Questions complémentaires</b>	<b>Questions de clarification</b>
<p>Pourriez-vous nous communiquer les chiffres clés du réseau CES?</p> <p>Quels sont les principes de financement mis en œuvre?</p>	<p>Quel est le total d'ETP du réseau des CES?</p> <p>Quel est le budget global de fonctionnement ?</p> <p>Comment est financé ce budget?</p> <p>Quelles sont les perspectives d'évolution (moyens constants, diminution ou augmentation) ?</p> <p>Comment s'effectue la répartition des financements entre les différentes structures?</p>	<p>Sur quels critères s'effectue concrètement la répartition des financements ?</p> <p>Quels sont les relations financières entre CES, CPAM et CNAMTS, en fonction des statuts particuliers des établissements.</p>

## 5.4 Guide d'entretien – responsables de CES

Entretien avec \_\_\_\_\_

Rendez-vous téléphonique du \_\_\_\_\_ à xhxx

Elèves de l'EN3S en charge de l'entretien : \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_

---

### Informations générales

Nom du CES :

Réseau CES :

Mode de gestion :

*Si conventionné : pour quelles CPAM ?*

Effectifs :

- Médecins :
- IDE :
- Autres :

Examen périodique de santé : principales données sur l'activité

	2012	2011	2010
Budget du CES			
Coût moyen EPS			
Nb EPS total			
dont précaires	- % total		

Nb EPS partenaires	- % total		
dont conventions nationales	- % total		
dont précaires	- % EPS partenaires		
Taux d'absentéisme	%		
Taux « 1ers bilans »	%		

## I. Ciblage des populations précaires

***Quelles sont les principales méthodes d'invitation employées pour inviter les assurés à bénéficier de l'EPS ?***

(requêtages divers ; courriers ; téléphone, email, SMS, partenariats nationaux et locaux ; agents accueil CPAM ; ...)

*Pour chaque méthode :*

**Méthode 1 : Nom de la méthode**

Description

...

Efficacité (EPS générés par ce mode d'invitation)

*Tout indicateur utilisé par le CES pour mesurer l'efficacité de ce mode d'invitation.  
Exemples :*

- Nb EPS :
- % sur total EPS :
- Nb EPS précaires :
- % sur total EPS précaires :
- Taux de réponse
- ...

#### Efficiency (mesure du coût)

*Tout indicateur utilisé par le CES pour mesurer le coût de ce mode d'invitation. Exemples :*

- Coût / EPS
- ...

*Éléments de coûts pris en compte ; modalités de calcul. Exemples :*

- ETP management
- ETP production
- Déplacements
- Affranchissement
- Communication téléphonique
- Mise sous pli
- Coût SMS
- ...

***Concernant les invitations suite à requêtage de fichiers CPAM, pouvez-vous préciser quels sont les critères utilisés ?***

....

***Concernant les EPS réalisés dans le cadre d'un partenariat, pouvez-vous :***

- ***préciser la répartition des EPS par types de partenaires et le taux de précarité par partenaires ?***
- ***préciser les EPS réalisés dans le cadre de conventions locales déclinées sur la base des conventions nationales signées par le Cetaf ?***

*Principales catégories de partenaires :*

Missions locales, CCAS, organismes de formations, CARSAT, CPAM (accueil CMU/ACS, service social), associations intermédiaires, associations caritatives, Pôle emploi, ...

....

***Selon vous, quelles seraient les conditions à réunir pour améliorer l'utilisation des conventions nationales ?***

***Ex/ objectifs intégrés dans les COG CNAF ou CNAV ?***

...

***Selon vous, qu'attendent les partenaires de la part du CES ? Ou, autrement dit, quels services pourraient développer les CES à l'attention des partenaires, notamment ceux visés par les conventions nationales conclues par le Cetaf, pour apporter une valeur ajoutée ?***

***Avez-vous défini des situations administratives types qualifiant a priori la précarité ?***

....

**Avez-vous des projets en cours pour améliorer l'efficacité et l'efficience globale de votre dispositif d'invitation ?**

...

**Que pensez-vous de l'EPS séniors ? Pensez-vous qu'une approche populationnelle des examens de santé (adaptation du format de l'EPS en fonction du type de population reçue) serait pertinente ?**

...

## **II. Accès aux droits – Information des consultants**

**L'information sur les droits des assurés dispensée par les CES fonctionne-t-elle correctement ? Y-a-t-il des points d'amélioration ? Quels types d'indicateurs vous paraîtraient pertinents pour mesurer l'efficience de ce dispositif ?**

...

**Comment ce service d'information sur les droits s'organise-t-il concrètement ? Y-a-t-il des procédures prédéfinies ? Existe-il un travail partenarial avec les CPAM ? Comment sont sélectionnées les personnes qui bénéficient de cet accompagnement ?**

...

***Quels sont les impacts organisationnels et RH sur le processus d'accueil des consultants ?***

...

***Par-delà l'enjeu de l'information sur les droits, les CES pourraient-ils, selon vous, constituer un espace adapté pour faciliter l'accès aux soins des publics précaires ? Quels autres types de services pourraient utilement proposer les CES ?***



## **LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE ET L'ACCES AUX SOINS DES PUBLICS VULNERABLES**

**Directeur de recherche** : M. Norbert Deville, Directeur du Cetaf.

**Mots clés :**

CES – Prévention – Education thérapeutique – Vulnérabilité – Score EPICES – Education en Santé – Ciblage – Parcours de soins – Accès aux droits.

**Résumé**

La principale mission assignée aux CES par la COG est d'effectuer chaque année des examens périodiques de santé auprès des assurés sociaux du régime général. L'Assurance maladie en réalise 500 000 par an.

L'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992 préconise pour leur mise en œuvre de cibler « des populations en marge du système de soins et leurs ayants droit ».

Dans un premier temps, notre recherche nous a conduits à analyser les modes de ciblage les plus efficaces pour satisfaire les exigences de cet arrêté et les objectifs fixés par la COG.

Dans un second temps, nous avons réfléchi au rôle joué par les CES en matière d'information et d'accompagnement des assurés dans l'accès aux droits.

Notre réflexion s'est organisée autour de deux hypothèses :

- La stratégie de conventions nationales conçue et déployée par le Cetaf est la méthode la plus efficace et la plus efficiente pour cibler les personnes vulnérables ;
- Le dispositif d'information sur les droits peut être complété afin d'améliorer l'offre de services à destination des publics vulnérables.

Pour ce faire, nous avons mené des entretiens semi-directifs avec des représentants des Caisses Nationales, des Directeurs de Caisses Primaires et des responsables de CES. Nous avons exploité les réponses obtenues afin de dégager des bonnes pratiques et émettre des propositions de nature à améliorer les dispositifs existants.

En conclusion, il apparaît que les CES ont un rôle incontestable à jouer dans l'accès des populations en situation de vulnérabilité au système de santé, sous réserve d'une meilleure intégration des CES au sein des CPAM et de la définition de partenariats locaux autour de la mise en œuvre de parcours de soins.

**Auteurs :**

Frédéric Frenet  
Maud Moreigne  
Stéphane Uguen (Chef de projet)  
Laure Viviès