



La Sécu s'attaque aux **renoncements** aux soins

SANTÉ L'assurance maladie a mis en place dans certains départements un dispositif pour détecter et accompagner les personnes qui renoncent à se soigner. Bilan très positif.

Allô Madame S. ? Je suis Corinne Deforceville, du pôle Arianes, de l'assurance maladie, à Amiens. Un agent d'accueil, que vous avez vu la semaine dernière, nous a indiqué que vous rencontriez des difficultés financières pour effectuer des soins dentaires et que vous acceptiez d'être recontactée pour essayer de résoudre ce problème. Est-ce bien cela ? » Au troisième étage des bureaux de

l'assurance maladie, à Amiens, une équipe de trois salariées a pour mission de contacter chaque assuré ayant renoncé à se soigner, de trouver avec lui une solution adaptée à ses besoins et de l'accompagner jusqu'à la réalisation effective du soin. Du « cousu main » dans une administration souvent perçue comme une grosse machine bureaucratique, qui gère les dossiers de 60 millions de bénéficiaires. Une petite révolution.

Tout part d'un étonnement en 2012 : « Nous accordions une aide financière à certains patients à leur demande pour réaliser des soins, et pourtant ils ne l'utilisaient pas », se remémore Christian Fatoux, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard et l'un des initiateurs du nouveau dispositif. Pour résoudre ce paradoxe, il fait appel à l'Odenore, l'Observatoire des non-recours aux droits et services. « Quand on parle de non-recours, c'est que le besoin de soin non satisfait est avéré médicalement. Quand on parle de renoncement, le besoin est déclaré par la personne », rappelle Hélène Revil, chercheuse à l'Odenore, qui travaille avec l'assurance maladie sur le sujet. « Une approche par le renoncement consiste

Le service Arianes, à Amiens.
L'idée du nouveau dispositif est que l'assurance maladie soit désormais identifiée comme un interlocuteur ressource.



CPAM de la Somme

der les gens à aller jusqu'au bout : la réalisation du soin.

Le nouveau dispositif repose sur deux piliers : la détection des situations individuelles de renoncement, et leur résolution par la Pfidass, la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé, un service dédié de l'assurance maladie. La première de ces structures a vu le jour dans le Gard, à Nîmes, en novembre 2014. L'expérimentation a été étendue début 2016 à 20 autres des 101 caisses primaires recensées en France métropolitaine. Elle doit progressivement être généralisée aux 80 caisses restantes d'ici à mars 2018. Aujourd'hui, 7 000 dossiers ont été ouverts dans 21 départements. La Caisse nationale (CNAMTS) suit de près le sujet, mais ne communiquera qu'au printemps.

« Une approche par le renoncement consiste à prendre au sérieux la parole des premiers concernés »

HÉLÉNA REVIL,
chercheuse à l'Odenore

à prendre au sérieux la parole des premiers concernés, les renonçants », poursuit la sociologue.

Chercher le grain de sable

La première enquête menée dans le Gard montrait que le renoncement concerne 30 % des personnes interrogées [1]. Et dans 94 % des cas, ces personnes ont un réel besoin de soins. Il y a donc très peu de déclarations « de confort ». Les causes du renoncement sont multiples : un coût trop élevé, un manque de transport, la peur face à certains soignants... L'Odenore identifie aussi « un manque de guidance » : « Je suis perdu. Si on me disait à quelle porte frapper, peut-être que je m'en sortirais mieux. »

D'où la nécessité d'imaginer un autre mode de fonctionnement. « Traditionnellement, l'assurance maladie applique des règles : payer dans les délais, ouvrir des droits. Là, elle va chercher le grain de sable », explique Christian Fatoux. Pour ai-

« Un service efficace et humain »

Dans la Somme, le dispositif existe depuis mars 2016. La Pfidass s'y appelle Arianes (pour Accompagnement des ruptures, des incompréhensions, de l'accès aux droits et du non-recours en santé). Marie-Christine Clep est l'une des 300 assurées à en avoir bénéficié. Agée de 59 ans, elle entend de plus en plus mal. Son ORL lui a prescrit des prothèses audio, mais celles-ci coûtent cher. « Sur les 3 600 euros à régler, 239 euros étaient couverts par l'assurance maladie et 1 059 par ma mutuelle, détaille Madame Clep. J'avais encore à ma charge 2 300 euros, que je ne pouvais pas payer. »

21

caisses primaires sur les 101 recensées en France étaient engagées dans le nouveau dispositif début 2016.

C'est en se rendant au guichet de l'assurance maladie en septembre dernier que sa situation est détectée par un agent à l'accueil, qui lui parle d'une cellule dédiée à la résolution de ce type de problèmes et lui propose d'être recontactée.

Banco ! Deux mois plus tard, elle est équipée. Pour surmonter l'obstacle financier, Corinne Deforceville, la conseillère Arianes, a fait intervenir le fonds d'aide sanitaire et social de la CPAM, une réserve extralégale destinée à faire face à des cas de figure exceptionnels. Une aide que Marie-Christine Clep aurait certes pu solliciter elle-même. A condition toutefois d'être au courant de son existence et d'avoir confiance dans l'institution.

La Pfidass ne se substitue pas aux interlocuteurs existants, mais elle orchestre leur coordination pour l'assuré. Concrètement, « certains sont autonomes et veulent juste être orientés,

d'autres ont besoin qu'on remplisse les dossiers avec eux », précise Laura Baudouin, conseillère Arianes à Amiens. En faisant un suivi au plus près du dossier de M^{me} Clep, la plate-forme a accéléré les choses et réglé au passage des problèmes annexes, comme une télétransmission défectueuse des données entre la mutuelle et la caisse. « Nous avons aussi parlé à l'assurée de l'aide à la complémentaire santé à laquelle elle sera bientôt éligible en raison d'une baisse de revenus à venir », précise Valérie Hadet, sous-directrice à la CPAM de la Somme. Cette requête pourra être effectuée au guichet.

« J'ai eu affaire à un service très humain, très compétent et très efficace », résume M^{me} Clep, émue. Elle avait le mail et la ligne directe de la conseillère Arianes qui suivait son dossier, et avec qui elle était en contact trois ou quatre fois par semaine. « Le but est de créer une relation de confiance personnalisée », souligne Jean-Yves Casano, directeur de la CPAM de la Somme. En moyenne, le traitement d'un dossier s'étale sur deux à trois mois.

Les témoignages recueillis par la CPAM du Gard vont dans le même sens : « Je n'aurais jamais pensé que le coup de pouce viendrait d'une administration (...). Il y a un bloc et

[1] Il s'agit des personnes interrogées dans les accueils de l'assurance maladie et dans le réseau de partenaires.

► vous, (...) vous n'existez pas, à part par votre numéro d'allocataire. Là, c'était comme si j'étais le seul assuré », s'étonne l'une des personnes concernées [2]. L'idée est que l'assurance maladie soit désormais identifiée comme un interlocuteur ressource.

« Les évaluations montrent que, globalement, les personnes sont satisfaites : au-delà du résultat ponctuel, elles ont été prises en compte par l'institution, qui les a écoutées ; cela entraîne chez certaines un sentiment d'inclusion sociale », confirme la chercheuse Hélène Revil. Le renoncement aux soins a souvent des conséquences non seulement sur l'état de santé physique, mais aussi sur le moral, la vie professionnelle ou les relations. A la suite de l'intervention de la Pfidass, certains assurés ont par exemple recommencé à se rendre à des entretiens d'embauche.

Bien sûr « les inquiétudes perdurent ; la question des conditions

de vie, qui n'est pas du ressort de l'assurance maladie, n'est pas réglée », nuance toutefois la sociologue. S'y ajoutent les assurés qui ont abandonné le suivi en cours de route. « Certains sont dans une grande détresse. Lorsqu'on cumule des soucis de logement, de chauffage et d'alimentation, la santé ne devient une priorité qu'en cas d'urgence. Parfois, les conseillères relancent, mais en vain », constate Jean-Yves Casano, de la CPAM de la Somme. Dans le Gard, les abandons représentent un tiers des 2 000 saisines enregistrées, mais pour certains dossiers, des droits ont pu être ouverts lors du processus.

crire dans leur territoire, analyse Hélène Revil, afin de consolider encore la détection, y compris des publics les plus éloignés de l'assurance maladie.

Mais aussi d'apporter une réponse cohérente et partagée avec les autres acteurs, dont certains travaillent déjà sur l'effectivité des droits en matière de santé. » Les Pfidass rebattent aussi

les cartes entre les services de l'assurance maladie, en faisant bouger les frontières entre l'administratif – le plus connu –, le social et le médical.

Autre enjeu, d'ordre professionnel. Détecter et accompagner sur le renoncement aux soins n'ont rien d'évident. Les détecteurs peuvent craindre que cette nouvelle tâche n'empiète sur leurs fonctions habituelles. Quant aux accompagnateurs, le risque est celui d'un engagement excessif qui les affecte trop personnellement, ou celui d'une attitude trop consciencieuse qui tourne à la leçon de morale. D'où l'importance de formations qui tiennent compte de ces réalités psychologiques.

Enfin, les Pfidass doivent s'adapter aux singularités d'un territoire donné, qui dépendent de l'offre de soins existante, de l'investissement des professionnels de santé, ou des relations entre les mutuelles et l'assurance maladie. « C'est une nouvelle démarche, mais elle est cohérente avec la mission de l'assurance maladie », conclut néanmoins Corinne Deforceville, à Amiens. « C'est la raison pour laquelle l'assurance maladie a été créée », renchérit Laura Baudouin. Et d'ajouter : « On se rend compte au quotidien que l'assurance maladie a les outils pour répondre aux besoins des gens. » Reste à voir si tous les directeurs de caisse s'empareront avec le même volontarisme d'une approche qui témoigne à la fois d'un renouvellement des pratiques de la Sécurité sociale et d'un approfondissement de son cœur de métier. ■ Céline Mouzon

“ C'est une nouvelle démarche, mais elle est cohérente avec la mission de l'assurance maladie ”

CORINNE DEFORCEVILLE,
conseillère Ariennes à Amiens

« On a les outils »

Pour fonctionner, la Pfidass doit aussi s'appuyer sur un réseau de détecteurs efficace et étayé. Ces capteurs sont internes à l'assurance maladie, comme les agents d'accueil au guichet. « S'ils remarquent qu'une personne met la main devant sa bouche en parlant, ils peuvent se demander si elle ne souffre pas de problèmes dentaires non traités », indique Valérie Hadet, de la CPAM de la Somme. Les détecteurs sont aussi externes : professionnels de santé (médecin, praticien hospitalier, infirmier), services sociaux, services d'insertion professionnelle, associations... Dans la Somme, ce réseau compte une centaine de membres ; dans le Gard, le département pionnier, il en comprend 500. « L'un des enjeux pour les Pfidass reste de s'ins-

FINANCEMENT

Combien ça coûte ?

Jusqu'ici, l'expérimentation s'est faite à budget constant, à charge pour les caisses de dégager les ressources humaines nécessaires. Hormis dans le Gard, qui a le premier sollicité l'Odenore, l'intervention des chercheurs est prise en charge par la Cnam à hauteur de 50 000 euros. Si le renoncement aux soins semble à première vue dû à un motif financier, c'est rarement le seul obstacle. C'est pourquoi nombre de dossiers traités n'impliquent pas d'aide supplémentaire : sur les 800 soins réalisés dans le Gard en deux ans, seule une petite moitié en nécessitait, une proportion qui se vérifie aussi ailleurs.

Dans ce département, 310 000 euros ont été débloqués pour 364 aides. Dans la Somme, 24 000 euros l'ont été pour 28 aides. Soit un montant moyen de 850 euros par dossier. La CPAM peut aussi solliciter des partenaires extérieurs (fonds d'action sociale des mutuelles...), mais cet apport reste marginal.

Avec la montée en charge espérée, la question des moyens humains et financiers va cependant se poser avec plus d'acuité. Pour l'assurance maladie, la prochaine étape sera aussi d'estimer les coûts évités par cette prise en charge qui préserve des problèmes plus graves. Afin de montrer que si, à court terme, la lutte contre le renoncement aux soins peut apparaître comme une dépense supplémentaire, à long terme, c'est en réalité un investissement « rentable ».

[2] Voir la vidéo de témoignages réalisée dans le Gard « J'ai foncé » (2015), disponible sur <https://1c.cx/Jcr8>