La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS).

Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins.

Rapport Général
de l'accompagnement scientifique de la PFIDASS.

Auteur :
Héléna Revil, Enseignante-Chercheure, Université Grenoble Alpes / Odenore
En collaboration avec :
Philippe Warin, Directeur de Recherche CNRS Université Grenoble Alpes / Odenore
Thibault Gajdos, Directeur de Recherche CNRS GREQAM, Université d'Aix-Marseille.

Références :
Réponse à la consultation « Conditions de l'accompagnement scientifique de l'expérimentation de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins par la CPAM du Gard et ses partenaires ».
2014/13 - 2677519

Grenoble – Mars 2016

Remerciements

Le présent rapport a pu être réalisé grâce aux nombreux et passionnants échanges que nous avons eus, et continuons à avoir, avec les membres de la Direction de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Gard, les membres de l'encadrement de la PFIDASS et l'équipe de celle-ci. Plus largement, nos remerciements s'adressent à toutes les personnes de la CPAM qui, d'une manière ou d'une autre, nous ont permis de mener l'accompagnement scientifique de la PFIDASS dans d'excellentes conditions.

Ils vont également à tous les partenaires de cette grande aventure collective de la PFIDASS avec lesquels nous avons le plaisir d'échanger depuis maintenant de nombreux mois. Le temps a malheureusement manqué pour que des entretiens soient conduits auprès de chaque partenaire. Mais les Comités d'analyse de la PFIDASS sont des moments d'échange essentiels et ont permis en ce sens de recueillir du matériau qui a contribué à analyser la plateforme.

Ils sont aussi destinés à Madame Apolline Bolze qui a réalisé la plus grande partie des entretiens auprès des personnes accompagnées par la PFIDASS.

Enfin, nos remerciements vont à toutes les personnes qui ont participé à l'enquête et accepté de nous rencontrer en entretien : acteurs du dispositif PFIDASS – détecteurs, partenaires, conseillers et accompagnants – et bénéficiaires de la plateforme. Les mots de ces derniers, la justesse de leurs émotions, nous reviennent souvent en tête. Merci également aux détecteurs « accueil » et à l'équipe de la PFIDASS d'avoir accepté que des temps d'observation participante de leur travail soient effectués. A leurs côtés, nous avons beaucoup appris.

Le travail de recherche est avant tout collectif. Les analyses présentées dans ce rapport sont, en ce sens, un peu celles de tous.

Héléna Revil, Philippe Warin, Thibault Gajdos.

Grenoble, Mars 2016.

Sommaire

Introduction **p.5**

PARTIE 1. LA DETECTION DU RENONCEMENT : UNE PORTE D'ENTREE DANS LA PFIDASS. ENJEUX DE COMPETENCES ET INTERETS CROISES. **p.8**

1. Détecter le renoncement à l'accueil de la Caisse primaire : une pratique qui transforme le travail au quotidien mais également le métier. p.11
2. Focus sur d'autres catégories de détecteurs (externes, internes « hors agents d'accueil » et internes « hors les murs »). De l'accord de principe, à la nécessité de trouver son intérêt dans la détection. p.24

PARTIE 2. ACCOMPAGNER VERS LA REALISATION DES SOINS DANS LE CADRE DE LA PFIDASS. UN ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF QUI NECESSITE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE « RELATION DE SERVICE ». **p.41**

1. De la mise en exergue de besoins de guidance, à la mise en place d'une offre graduée d'accompagnement vers les soins. p.42
2. Au cœur de l'accompagnement administratif PFIDASS : le positionnement des accompagnants par rapport aux assurés et aux partenaires. p.49
3. Accompagner administrativement vers la réalisation des soins : entre marges de manœuvre et respect des règles. p.63

PARTIE 3. DU RENONCEMENT AUX SOINS « CAPTE » PAR LA PFIDASS, A LA PLUS-VALUE DE LA PLATEFORME DU POINT DE VUE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES. **p.70**

1. Le renoncement aux soins « capté » par la PFIDASS : des situations de vie fragiles, des renoncements aux multiples conséquences individuelles et sociales. p.71
2. Quand l'institution va vers les assurés et « prend acte » de leurs difficultés. p.84
3. L'importance pour les personnes d'être accompagnées par un « référent » dans leur parcours d'accès aux soins. p.87
4. L'accompagnement par la PFIDASS : les différents gains pour les personnes. p.93
5. Des incertitudes quant aux possibilités et aux modalités de l'accès aux soins pour l'avenir. p.102
6. Des situations de renoncement sur lesquelles la PFIDASS a peu de prise(s). p.106

Conclusion. **p.115**

Introduction

En 2014, dans le cadre du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG), 30,5% des personnes interrogées ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois. Il est également ressorti du BRSG que le renoncement, s'il s'explique par des obstacles financiers, s'encastre aussi dans différentes problématiques en termes de guidance[1].

Une des spécificités du BRSG a été d'obtenir des données à la fois sur le renoncement et sur le non-recours aux soins. Ce faisant, il a été possible de montrer la forte homologie entre les deux phénomènes : le BRSG souligne ainsi que dans 94% des cas, les besoins de soins déclarés par les personnes sont avérés médicalement.

Face à ces constats, la question principale était celle-ci : que peut faire la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Gard, en partenariat avec les autres acteurs sociaux et sanitaires du département, pour aider les personnes à réaliser les soins qui leur manquent ?

La Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) est née fin 2014. Elle est un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes, dont la situation a fait l'objet d'une saisine et correspond aux critères d'inclusion dans la plateforme, vers la réalisation des soins déclarés comme renoncés. Le système PFIDASS est constitué de deux blocs qui s'articulent l'un à l'autre : le bloc « détection », composé de professionnels du champ sanitaire et social, et le bloc « accompagnement à la réalisation des soins », qui implique 5/6 accompagnants ETP[2] et leur encadrement. Un Comité d'analyse, composé des responsables de la PFIDASS, de membres de l'Agence régionale de santé (ARS) Languedoc-Roussillon, d'agents de direction et de responsables des organismes/structures partenaires signataires et de chercheurs de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), se réunit régulièrement ; il est un lieu d'échange, d'information, d'analyse concernant les différentes dimensions de la PFIDASS et le renoncement aux soins. Des précisions seront apportées sur tous ces points dans la suite du rapport, qui n'a toutefois pas vocation à présenter la PFIDASS dans tout ce qu'elle a de technique et de réglementaire, mais qui tend à permettre une prise de recul par rapport au dispositif en s'appuyant sur la parole de ses parties prenantes.

L'année 2015 a donc été celle de la montée en charge de la PFIDASS. Celle de sa co-construction par l'ensemble des acteurs qui y prennent part. Une année faite de tâtonnements, de doutes, d'avancées et de réussites. Une année durant laquelle la PFIDASS a été saisie 913 fois[3] par les détecteurs internes à la Caisse primaire et les détecteurs externes. Le nombre total des détecteurs est de 488 en janvier 2016[4]. A la date du 12 février 2016, pour 310 saisines (34 % des 913 saisines), les accompagnements

---

[1] Odenore, 2014, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* » https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

[2] Cette information provient du diaporama utilisé lors du séminaire de lancement de l'expérimentation nationale PFIDASS.

[3] Informations fournies par la CPAM du Gard, provenant de l'analyse de la base de données PFIDASS à la date du 12 février 2016.

[4] 390 détecteurs Professionnels de Santé, 65 détecteurs Assurance Maladie, 33 détecteurs – agents administratifs et travailleurs sociaux - de structures partenaires. Ces informations proviennent du diaporama utilisé lors du séminaire de lancement de l'expérimentation nationale PFIDASS.

sont finalisés et ont permis – ou vont prochainement permettre - la réalisation des soins manquants par les personnes concernées ; 365 saisines (40 %) ont donné lieu à des accompagnements qui sont encore en cours à la date précitée ; 183 saisines (20 %) ont été suivies d'un refus des personnes d'être accompagnées ou d'un abandon en cours d'accompagnement ; 55 saisines (6 %) ont été jugées non pertinentes.

L'ODENORE a accompagné scientifiquement le déploiement de cette plateforme expérimentale. Au cours de l'année 2015, nous avons notamment conduit des entretiens auprès d'une partie des acteurs du dispositif (détecteurs, conseillers et accompagnants, partenaires), mais également auprès de personnes qui ont été accompagnées par la PFIDASS ; la plupart des bénéficiaires rencontrés a été au bout de son accompagnement et a réalisé les soins déclarés comme renoncés au moment de la détection ; l'autre partie de notre échantillon était constitué de personnes ayant abandonné l'accompagnement en cours de route. Durant cette année 2015, nous avons également procédé à des temps d'observation participante afin de voir « de l'intérieur » ce qu'est le travail quotidien des détecteurs et des agents de la PFIDASS[5].

Grâce au matériau ainsi collecté, nous avons pu porter le regard sur différentes dimensions du dispositif :

- S'agissant de la détection, nous avons cherché : à saisir dans quelle mesure les différents détecteurs se sont appropriés l'activité de détection ; à pointer ce que le repérage du renoncement leur apporte et l'intérêt qu'ils y trouvent ; à comprendre en quoi cette activité change ou non leurs représentations et leurs pratiques quotidiennes, donne du sens à leur travail ; à mettre en exergue les difficultés qu'ils rencontrent et les questions qu'ils se posent. Concernant les partenaires, il s'est agi de déterminer ce qui peut susciter ou freiner leur implication dans le dispositif et ce que sont leurs attentes actuelles par rapport à celui-ci, par exemple en matière de cibles et de gouvernance **(PARTIE 1).**

- S'agissant de l'accompagnement, notre objectif a été de resituer l'accompagnement proposé par rapport à la question de la guidance qui avait émergé au travers du BRSG. Il s'est agi aussi de qualifier la teneur de cet accompagnement et de montrer en quoi il emporte une relation particulière aux assurés – ce que des chercheurs avant nous ont nommé la « relation de service » – et donc la mise en œuvre d'une double compétence, technique et relationnelle. Nous avons pu constater que l'accompagnement nécessite aussi de gérer en permanence une forme de tension entre marges de manœuvre et respect des consignes. Enfin, nous avons mis en exergue que les accompagnants en étant en interaction avec les assurés et avec un réseau de partenaires, font face, tout à la fois, à des questions de distance par rapport aux uns et de légitimité par rapport aux autres **(PARTIE 2).**

- S'agissant des bénéficiaires de la PFIDASS : nous avons, en premier lieu, souhaité décrire ce qu'est le renoncement capté par la PFIDASS – qui sont les personnes concernées, les explications données au renoncement, ses conséquences ? – et pointer en quoi le phénomène « vu » au travers de la PFIDASS s'apparente ou non à celui observé via le BRSG. En second lieu, il s'est agi d'approcher ce que sont les apports et les limites de la PFIDASS du point de vue des personnes accompagnées **(PARTIE 3).**

[5] Des informations complémentaires concernant les entretiens réalisés seront apportées dans les différentes parties de ce rapport.

La question qui a guidé l'ensemble de notre réflexion est la suivante :

Dans quelle mesure un dispositif tel celui de la PFIDASS, surplombé par des enjeux de frontières, de compétences et de professionnalité en interne de la CPAM, ainsi que par des enjeux de positionnement de la caisse par rapport à son environnement et d'orientation stratégique au niveau territorial, répond-il aux besoins de guidance et de soutien financier des personnes en renoncement aux soins et emporte-t-il un changement paradigmatique dans la prise en charge de situations sociales problématiques ?

PARTIE 1

LA DETECTION DU RENONCEMENT : UNE PORTE D'ENTREE DANS LA PFIDASS. ENJEUX DE COMPETENCES ET INTERETS CROISES.

Sans un dispositif performant de détection du renoncement, la PFIDASS ne peut fonctionner. Les détecteurs constituent en effet les points d'entrée dans le dispositif et font en ce sens pleinement partie du « système » PFIDASS. Ce système est schématiquement constitué de deux blocs ou morceaux : le morceau « détection » et le morceau « accompagnement ». Sachant que la frontière entre les deux n'est pas si nette que cela ; dans certains cas, les détecteurs enclenchent des actions qui participent déjà pleinement de l'accompagnement des personnes vers les soins et sont à ce titre des « détecteurs-accompagnants ponctuels[6] » ; dans d'autres, ils se concentrent sur le repérage du renoncement et sur l'orientation des personnes vers la PFIDASS. En fonction de la nature du détecteur - tous sont toutefois des acteurs du champ sanitaire et social -, de son positionnement en interne de la caisse ou à l'extérieur de celle-ci, son travail est ainsi quelque peu différent.

A la date du 19 janvier 2016, 488 détecteurs ont été formés et habilités à saisir la PFIDASS (390 détecteurs Professionnels de Santé, 65 détecteurs Assurance Maladie, 33 détecteurs – agents administratifs et travailleurs sociaux - de structures partenaires)[7].

Les détecteurs internes à l'Assurance Maladie sont[8] :

- Les agents d'accueil CPAM ;
- Le Centre d'Examen de Santé (Nîmes et antenne à Alès – agents administratifs et praticiens) ;
- Le service d'Action Sanitaire et Sociale (ASS) ;
- Le Service Médical (agents administratifs et praticiens) ;
- Le Service Social de la CARSAT ;
- Les Conseillers Assurance Maladie (CAM) PRADO ;

Les détecteurs professionnels de santé sont :

- Des médecins ;
- Des dentistes ;
- Des infirmiers Diplômés d'Etat ;
- Les Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP) (Sauve, St Jean du Gard, Lasalle, La Vaunage) ;

Les détecteurs membres des institutions partenaires sont :

- Les Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et Centre Hospitalier (CH) (Nîmes et Alès – Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et Service Social) ;

[6] Expression de Mme Bézard, Cabinet Plénitudes.

[7] Ces informations proviennent du diaporama utilisé dans le cadre du séminaire de lancement de l'expérimentation nationale PFIDASS.

[8] Ces informations proviennent du diaporama utilisé dans le cadre du séminaire de lancement de l'expérimentation nationale PFIDASS.

- Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) (Nîmes et Alès - CESF) ;
- Les Centres de santé de la CARMISE (agents administratifs) ;
- La Mutualité Française Languedoc-Roussillon (UGOSMUT, ADREA Mutuelle, Centres de santé de la Mutualité Française du Gard) ;
- Des partenaires dans le cadre des Ateliers santé ville (Vauvert) ;
- Des partenaires dans le cadre des Contrats locaux de santé (CLS) (CLS - Pays Cévennes et partenariat avec l'association RESEDA pour intégrer des bénévoles associatifs) ;
- La Caisse d'Allocations Familiales du Gard ;
- Le Conseil Départemental du Gard ;

S'agissant d'un dispositif tel celui de la PFIDASS, tous les choix faits pour détecter le renoncement sont importants ; ils conditionnent en quelque sorte ce que la plateforme voit du phénomène sur le territoire qu'elle entend couvrir et, par conséquent, ce sur quoi elle peut intervenir. Faire le choix de tel détecteur et de telles modalités de détection, c'est déjà choisir de poser le regard sur certaines populations, sur certaines personnes et non sur d'autres, sur des parties du territoire aussi. Dans cette perspective, les différentes modalités de détection retenues en interne et en externe de la caisse sont importantes : elles permettent tout à la fois de se concentrer sur certaines cibles qui paraissent plus exposées au renoncement, de tenter aussi de faire émerger spontanément les difficultés d'accès aux soins lors des échanges avec des publics ou de les « capter » en rassemblant, par différents moyens, un faisceau de d'indices.

A la date du 12 février 2016, 88% des 913 détections ont été faites en interne de la CPAM et 12% ont été réalisées par des détecteurs externes (cf. tableau p. 10).

Dans le cadre de l'accompagnement scientifique de la PFIDASS, nous avons réalisé des entretiens sociologiques auprès de détecteurs internes (5 détecteurs « accueil » [entretiens individuels et collectifs], 3 détecteurs Service social [entretien collectif], 1 détecteur CES Nîmes [entretien associant le médecin responsable du CES], d'un détecteur interne mais « hors les murs » (1 détecteur CES Antenne d'Alès) et de détecteurs externes (2 détecteurs d'organismes partenaires). Nous avons parallèlement procédé à deux temps d'observation participante auprès de détecteurs à l'accueil de la CPAM afin d'observer des détections « en temps réel » et « en train de se faire ». Nous avons enfin effectué des entretiens auprès de responsables/agents de Direction d'organismes/structures partenaires de la PFIDASS : 1 avec un agent de Direction du Conseil départemental du Gard, 1 avec un agent de Direction de la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT) Languedoc-Roussillon et 1 avec un responsable de l'association de Coordination des Réseaux de Santé du Bassin Sanitaire Alésien (RESEDA). Le matériau collecté au travers de tous les entretiens et de l'observation participante sera mobilisé dans cette partie.

Tous les acteurs avec lesquels nous avons échangé n'ont pas intégré le système PFIDASS au même moment, tous n'ont pas reçu une formation identique. Nous en tiendrons nécessairement compte dans ce rapport, mais dans une certaine mesure. Il ne s'agit pas ici de revenir sur l'historique de l'intégration des détecteurs dans le système PFIDASS ou de retracer l'ensemble des choix faits en matière de détection, ni de regarder ces choix un à un dans le détail. Tout ne peut pas être abordé au risque de se perdre.

A partir de ce corpus d'entretiens et donc de ce que dit de la détection du renoncement une partie des détecteurs, notre objectif est de saisir dans quelle mesure ils se sont appropriés cette activité, de pointer ce que le repérage du renoncement leur apporte et l'intérêt qu'ils y trouvent, de comprendre aussi en quoi cette activité change ou non leurs représentations et leurs pratiques quotidiennes, de mettre enfin en exergue les difficultés qu'ils rencontrent et les questions qu'ils se posent.

Nombre de détections ayant fait l'objet d'une saisine / détecteurs[9]

Détecteurs	Effectifs	Pourcentages
Accueil CPAM	296	32,42
Centre d'Examen de Santé Nîmes	226	24,75
Action Sanitaire et Sociale	149	16,32
Service social CARSAT	45	4,93
Autres services CPAM	37	4,05
Service médical Assurance Maladie	34	3,72
Centre d'Examen de Santé Alès	13	1,42
CAM Prado	5	0,55
Fonds Social Adrea	6	0,66
CCAS Nîmes	4	0,44
CCAS Alès	2	0,22
PASS Alès	3	0,33
Conseil départemental	1	0,11
Contrat santé ville Vauvert	1	0,11
Dentistes	51	5,58
Médecins	20	2,19
Infirmières	7	0,77
MSP - Sauve	3	0,33
MSP - Lasalle	1	0,11
Centre de santé Carmi Filieris	1	0,11
Centre dentaire mutualité française	3	0,33
UGOSMUT Centre de Soins	2	0,22
Autres structures de soins	3	0,33
TOTAL	913	100

[9] Informations fournies par la CPAM du Gard, provenant de l'analyse de la base de données PFIDASS à la date du 12 février 2016.

1. DETECTER LE RENONCEMENT A L'ACCUEIL DE LA CAISSE PRIMAIRE : UNE PRATIQUE QUI TRANSFORME LE TRAVAIL AU QUOTIDIEN MAIS EGALEMENT LE METIER.

Initialement, la PFIDASS n'a pas été ouverte aux détecteurs externes. Le repérage du renoncement se faisait donc uniquement en interne, à l'accueil de la CPAM, mais aussi au sein du Centre d'examen de santé (CES) situé dans les locaux de la caisse de Nîmes, par l'intermédiaire du service Social, du service d'Action sanitaire et sociale, du service Médical et de tout autre service lorsque nécessaire (CMU, Correspondance présidentielle). Le tableau ci-dessous permet de voir précisément qui étaient les détecteurs au démarrage de la PFIDASS et le nombre de saisines qu'ils avaient respectivement effectuées à la date du 27 février 2015[10] :

Détecteurs	Effectifs	Pourcentages
Accueil	71	36,5
Action sanitaire et sociale	28	14,5
Centre d'examen de santé	46	24**
Centre d'examen de santé « médecins »	22	11**
Centre d'examen de santé « suivi »	20	10,5**
Services CPAM*	2	1
Service correspondance présidentielle	1	0,5
Service social CPAM	2	1
Service médical CPAM	2	1
Total	194	100

*Notamment service CMU
**Total pour Centre de santé : 88 détections soit 45,5 %.

En février 2015, 36,5 % des détections internes à la CPAM provenaient de l'accueil. A la date du 12 février 2016, parmi les 805 détections internes à la caisse, 37 % proviennent des détecteurs accueil.

Détecteurs	**Effectifs**	**Pourcentages**
Accueil CPAM	296	37
Centre d'Examen de Santé Nîmes	226	28
Action Sanitaire et Sociale	149	18,5
Service social CARSAT	45	5,5
Autres services CPAM	37	4,6
Service médical Assurance Maladie	34	4,2
Centre d'Examen de Santé Alès	13	1,6
CAM Prado	5	0,6
Total	**805**	**100**

[10] Revil Héléna, « Prototype de note d'analyse de la base de données PFIDASS », mars 2015.

Une part importante des détections a ainsi, depuis le démarrage de la PFIDASS, été réalisée par des agents d'accueil de la Caisse primaire. Les entretiens et l'observation participante montrent que, les concernant, faire de la détection du renoncement change considérablement leur travail au quotidien, le sens donné à leur activité et le rapport aux assurés. En ce sens, la réalisation de la détection par des agents d'accueil emporte une nécessaire réflexion sur leur métier et les compétences nécessaires pour l'exercer. A cet égard, il parait important de consacrer une sous-partie à la question de la détection du renoncement aux soins à l'accueil de l'Assurance Maladie.

1.1. De l'appropriation de l'outil de repérage, à l'appropriation de la question du renoncement.

Globalement, l'utilisation de la fiche de repérage (Annexe 1) du renoncement ne pose pas - ou plus - de problème aux détecteurs de l'accueil rencontrés dans le cadre des entretiens. Ce qui questionne toujours la plupart d'entre eux est davantage la « qualité de remplissage » de la fiche. Les agents d'accueil ont conscience que la précision des informations présentes dans la fiche de repérage est essentielle pour que se mette ensuite en marche l'accompagnement des personnes vers les soins. Ils font donc de leur mieux pour apporter le plus d'informations possibles aux agents de la PFIDASS. Ils expliquent d'ailleurs avoir besoin de retours sur la pertinence des informations transmises au travers de leurs saisines :

« Il faut qu'on sache si notre topo dans le questionnaire est correct, si on passe pas à côté d'informations importantes ou si on n'en fait pas trop et que derrière ils reposent les mêmes questions aux personnes », Agent d'accueil 1.

« La qualité du remplissage, les infos que j'ai notées, ça fait partie des choses sur lesquelles j'aimerais bien avoir des retours pour voir si ma manière de faire est correcte », Agent d'accueil 2.

Ces remarques reflètent le fait que les détecteurs ont parfaitement compris que de la complétude de la fiche de repérage peut dépendre, en partie, la qualité du démarrage de l'accompagnement :

« Et il faut aussi que pour là-haut [la PFIDASS]*, ce soit le plus précis possible. Il me faut du temps pour faire les choses correctement, détection et rédaction du compte rendu. On peaufine, on reprend un peu les phrases par rapport au premier jet en présence de l'assuré. Je pense environ 45 minutes. Après derrière, il faut scanner, envoyer… Mais tout ça, c'est pour faciliter la suite, enfin c'est ce que je pense »,* Agent d'accueil 1.

Ce verbatim est intéressant car il donne à entendre que ce détecteur, comme plusieurs autres d'ailleurs, a conscience d'être un maillon à part entière de la chaîne qui va, dans la mesure du possible, mener la personne du renoncement vers la réalisation des soins. Il se pense comme faisant partie du « système » PFIDASS et essaie, dans ce cadre, de faire au mieux son travail pour permettre aux autres agents d'effectuer le leur.

Pour la plupart des détecteurs « accueil » et bien au-delà de l'appropriation de la fiche de repérage, c'est l'idée même de l'existence du renoncement aux soins qu'ils paraissent avoir intégrée et l'idée aussi que l'Assurance maladie peut avoir un rôle à jouer concernant les difficultés d'accès aux soins.

« Maintenant, c'est inculqué le renoncement », Agent d'accueil 3.

« Avant, je n'en n'avais pas conscience de tout ça, c'est vrai que si on ne nous en avait pas parlé, fait des réunions d'informations, si on nous avait pas formés, au tout début j'étais loin de tout ça, maintenant je l'ai dans ma tête », Agent d'accueil 2.

« Au début, on y allait un peu à tâtons, on ne savait pas trop comment aborder les choses, comment ça allait être perçu. Mais maintenant, avec l'expérience, au contraire, je me rends compte que les assurés sont contents d'être écoutés, qu'on puisse éventuellement leur apporter une aide par rapport à leur situation, ils apprécient. Au fur et à mesure du renoncement aux soins, puis de la PFIDASS… Tout se relie. Spontanément, après, les pistes se rassemblent », Agent d'accueil 4.

On perçoit au travers des mots de ce professionnel que « s'approprier le renoncement » peut prendre du temps. Le premier agent insiste quant à lui sur l'importance des moments d'information et de formation dans ce processus d'appropriation ; d'autres extraits de cet entretien montrent que ces temps lui paraissent essentiels pour prendre conscience de l'existence du phénomène, pour apprendre concrètement à le repérer, mais bien aussi pour comprendre pourquoi une CPAM s'en préoccupe et dans quelle mesure la détection du renoncement peut faire partie de son travail en tant qu'agent d'accueil de l'Assurance Maladie :

« Tous ces moments, c'est pour chacun que c'est utile et pour tous aussi », Agent d'accueil 2.

Selon ce détecteur, les temps d'information rendent possible une appropriation individuelle et collective du renoncement. On voit d'ailleurs, au travers d'autres entretiens, que certains agents d'accueil ont également en tête « l'intérêt » pour la branche Maladie de ne pas laisser les personnes éloignées des soins :

« C'est pour que l'Assurance Maladie aide plus les personnes et c'est aussi pour les frais de l'institution (…). C'est aussi de la prévention », Agent d'accueil 4.

Alors que le renoncement paraît avoir trouvé une place dans les esprits des agents d'accueil, ceux-ci expliquent être désormais attentifs aux indices qui peuvent les alerter sur l'existence de difficultés d'accès aux soins, tout du moins leur mettre la puce à l'oreille ; ils reconnaissent que par le passé, ils n'auraient certainement pas porté attention à de tels indices :

« En fait, ce travail sur le renoncement ça nous a apporté d'avoir le doute sur le fait que certaines personnes auxquelles on n'aurait pas pensé renoncent aux soins. Et on fait des liens, par exemple quand les personnes n'ont pas de lien Noémie et sont au chômage, de suite, le réflexe. Par le passé, j'aurais pas forcément fait le dernier lien, celui avec le renoncement », Agent d'accueil 3.

Plusieurs détecteurs rencontrés en entretien disent même s'interroger sur le fait que certaines situations de renoncement n'aient pas été détectées plus tôt par l'Assurance Maladie ; c'est certainement parce que, désormais, leur vigilance en la matière s'est accrue, parce qu'ils sont davantage en capacité de mettre en relation certains indices et surtout de déterminer lorsque le faisceau de présomptions peut entrainer du renoncement :

« Comme la femme dont je parlais tout à l'heure, l'entrée par le renoncement a permis qu'elle me parle de tout un tas de choses et qu'on voit qu'il y avait un problème. Parce qu'elle était déjà venue pour déposer son dossier ACS et personne ne l'avait détectée. Moi maintenant, je l'ai la vigilance », Agent d'accueil 2.

1.2. Des difficultés mineures pour percevoir le renoncement et des réticences parfois plus ancrées par rapport à la détection.

La plupart des détecteurs « accueil » (comme certains autres détecteurs en interne d'ailleurs) reconnait avoir tout de même encore des difficultés à percevoir le renoncement aux soins de personnes qui veulent le taire à tout prix. Plusieurs pensent en outre que certaines problématiques d'accès aux soins leur échappent encore mais qu'ils vont continuer à progresser avec l'expérience :

« On apprend chaque jour… On en loupe c'est sûr, certains cachent tellement bien je pense », Agent d'accueil 1.

Les entretiens permettent parallèlement de noter que la vigilance des détecteurs par rapport au renoncement peut encore fluctuer en fonction des périodes. Ainsi, après un temps de congés, le réflexe de détecter ne revient pour certains agents pas aussi vite que ceux concernant d'autres activités qu'ils effectuent depuis plus longtemps. Bien que davantage présente dans les esprits, la détection est une activité qui doit encore s'ancrer plus systématiquement dans les pratiques quotidiennes :

« Après je vous avoue que parfois quand je travaille pas pendant un temps, ça revient pas encore tout à fait spontanément. Même si ça fait plus partie de la nouveauté maintenant, pour moi ça fait partie des actions normales. On sait que maintenant c'est quotidien, qu'il faut le faire tous les jours. Mais après le réflexe est quand même pas revenu tout de suite après mes vacances par exemple. Par rapport à des choses effectivement que je fais depuis plusieurs années. La priorité pour moi quand je reviens c'est de me rappeler de la législation », Agent d'accueil 4.

Même si les agents d'accueil se sont appropriés l'outil de repérage et, plus globalement, la question du renoncement, percevoir les difficultés d'accès et de recours aux soins chez certains assurés ou reprendre le réflexe de la détection n'est pas toujours évident ; il faut bien entendu du temps pour que cela s'inscrive totalement dans le quotidien des organismes d'Assurance Maladie et des professionnels. Quelques détecteurs peuvent parallèlement avoir l'impression de ne pas détecter les « vrais » renoncements. Selon eux, comme d'après une partie des détecteurs externes d'ailleurs, les assurés qui viennent à l'accueil des organismes et des services sociaux et qui parlent de leurs difficultés ne sont pas forcément ceux qui seraient le plus dans le besoin. Cela peut même attiser des formes de ressentiment envers une partie des assurés, celle qui viendrait trop, qui exprimerait ses demandes, ses plaintes aussi, par opposition à l'autre partie qui n'oserait pas se présenter au guichet et donner à entendre aux agents ses besoins. Comme d'autres sociologues l'ont montré par le passé[11], on perçoit ainsi au travers de certains entretiens les représentations des agents sur les assurés et sur leurs comportements par rapport à l'Assurance Maladie et, plus globalement, par rapport au système de protection sociale ; mais on comprend surtout qu'ils pensent nécessaire de diversifier le plus possible les modalités de détection du renoncement afin d'approcher également les personnes qui seraient les plus éloignées de leurs droits et des soins :

« Je trouve qu'il y a deux types d'assurés : ceux qui sont assistés, à mon goût un peu trop et il y a les assurés qui font face vraiment à des situations de renoncement aux soins et qui ne sont pas ceux qui viennent forcément à l'accueil pour se plaindre. Donc eux il faut vraiment aller les chercher », Agent d'accueil 3.

[11] Leduc Sacha, 2008, « Les ressentiments de la société du travail. La Couverture Maladie Universelle en quête de légitimité », Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris X, Nanterre.

Il est intéressant de s'arrêter quelques instants sur le fait que cette impression de ne pas détecter les « vrais » renoncements ou que les assurés qui en parlent ne seraient pas ceux qui auraient le plus besoin de l'intervention de la PFIDASS s'encastrent encore potentiellement dans un ensemble de représentations relatives aux personnes qui sollicitent l'Assurance Maladie et au fait que l'institution s'occuperait souvent *« du même type d'assurés »*[12].

Si pour la plupart des agents que nous avons rencontrés en entretien, détecter le renoncement a contribué à faire évoluer ce type de représentations et leur a permis de comprendre que les difficultés d'accès aux soins touchent aussi des personnes qui d'ordinaire échappent, partiellement ou totalement, à l'action de la CPAM, pour une minorité des détecteurs « accueil » interrogés ou rencontrés lors de temps d'observation participante, ce sentiment que l'Assurance maladie aide souvent les mêmes personnes semble persister. Dans ce cas et de manière assez logique, la préoccupation de l'institution pour le renoncement aux soins et la mise en œuvre d'interventions en la matière peut rester surprenante. Quelques agents se demandent notamment s'il est vraiment de la responsabilité de leur organisme d'aller chercher les assurés qui ne viennent pas d'eux-mêmes vers l'institution. Des représentations quelque peu obsolètes quant aux missions et au rôle de l'Assurance Maladie peuvent d'ailleurs aussi expliquer cela :

« Visiblement ça [agir contre le renoncement] *va faire partie de ses missions, l'Assurance Maladie change comme ça. C'est un peu surprenant parce que ça n'a jamais été ça l'Assurance maladie. A la base, on travaille, on cotise, on prend sa mutuelle et là… Et les gens peuvent venir je trouve »,* Agent d'accueil 2.

Dans la plupart des cas cependant, les agents d'accueil chargés de détecter font des liens entre les évolutions dans la nature et les modalités d'accès aux droits maladie, le fait que certains renoncent aux soins et la nécessité pour l'Assurance maladie d'intervenir :

« Tout le monde n'a plus accès à tout ça, évidemment, je veux dire à une couverture, à de bons remboursements, donc ça doit être pour ça qu'on fait ça », Agent d'accueil 4.

Il est intéressant de noter que les agents qui semblent un peu moins comprendre le positionnement de l'Assurance maladie sur la problématique du renoncement sont ceux qui n'appartiennent pas à la vague initiale de détecteurs « accueil » et/ou qui disent ne pas avoir eu de formation spécifique concernant le renoncement et la détection. Rappelons qu'initialement, ce sont des agents d'accueil volontaires qui ont été formés à la détection. Puis, progressivement, l'activité de détection s'est étendue à d'autres agents d'accueil de la Caisse. Elle se fait actuellement en niveau 2 d'accueil et selon 3 modes :

- Le questionnement « rebond » suite à une déclaration spontanée de son renoncement par l'assuré ;
- Le questionnement proactif auprès des publics prioritairement ciblés (assurés en recherche d'emploi et assurés sans Lien Noémie, *a priori* donc sans complémentaire) ;
- Le faisceau d'indices dans le discours de l'assuré laissant présumer d'un renoncement et le questionnement « rebond ».

À tout moment, les détecteurs agents d'accueil, en niveau 2, peuvent ainsi être amenés à faire de la détection.

[12] Agent d'accueil 1.

1.3. La question du temps et de la « canalisation » de la parole des assurés

Dans tous les cas et quel que soit le degré d'adhésion par rapport à l'activité de détection, celle-ci demande, selon les détecteurs « accueil », du temps. De leur point de vue, la durée nécessaire pour questionner l'assuré, noter correctement les informations dans la fiche de repérage, la transmettre à la PFIDASS est de 30 à 40 minutes.

Même si les agents ont en tête la consigne de l'encadrement de prendre le temps nécessaire pour détecter le renoncement et mener à bien le questionnement avec les assurés en la matière, une forme de conditionnement à répondre dans un temps contraint aux assurés est bien présente chez tous les agents ; en ce sens, pour quelques-uns, prendre du temps pour repérer le renoncement peut générer une petite angoisse, mais pour aucun ce n'est toutefois un frein à la détection. Cela pouvait en revanche être le cas dans les tous premiers temps de fonctionnement de la PFIDASS, les agents d'accueil décidant parfois de ne pas détecter le renoncement lorsqu'ils voyaient qu'il y avait beaucoup de monde à accueillir. Désormais, les agents tentent plutôt de gérer au mieux la durée des entretiens :

« Il ne faut pas non plus que l'assuré reste là pendant deux heures. Il faut que je le libère pour que moi aussi je puisse faire mon travail. Mais j'essaie de ne pas me préoccuper du temps et de faire de la détection tout au long de la journée. Mais même s'il y a du monde, je prends le temps. Je vous cache pas qu'il y a quand même ce stress, s'il y a du monde dans la file d'attente, j'essaie de m'activer mais il faut quand même prendre le temps. On a débuté là-dessus, on ne va pas bâcler la situation », Agent d'accueil 3.

La difficulté dont les détecteurs « accueil » parlent le plus s'agissant de la durée des entretiens est relative à la « canalisation » de la parole de l'assuré ; la plupart des agents explique avoir du mal à couper les personnes et à faire, dans certains cas, avancer l'échange :

« Ce sont des entretiens qui sont un peu plus longs que la normale donc qui prennent du temps mais aussi qui permettent d'avoir le temps, de prendre le temps avec l'assuré. Parce que le renoncement aux soins, ça peut pas se faire en trois minutes avec la personne. On a envie de les écouter, on peut pas les couper au milieu. Dès que vous commencez à lui poser des questions sur elle, la personne se confie très très facilement. On pose deux, trois questions et on n'a plus besoin de demander quoique ce soit, c'est parti. Et là, c'est pas évident », Agent d'accueil 2.

C'est bien, selon les détecteurs, parce que parler du renoncement revient en quelque sorte à ouvrir une porte sur l'intimité des personnes qu'ils sont réticents à abréger ce type d'entretiens. Cette incursion dans l'intimité peut être vécue très différemment d'un agent à un autre. Certains disent avoir le devoir d'écouter toute la situation de l'assuré parce qu'ils ont eux-mêmes enclenché l'échange sur ce sujet très personnel :

« Remplir la fiche de repérage ça me prend du temps mais ça ne me dérange pas. Je pars du principe qu'une fois qu'on a questionné les personnes sur leur renoncement, on doit prendre un minimum de temps avec eux. On peut pas faire ça en 5 minutes, on touche à des parties sensibles, fragiles de l'assuré. Humainement sinon ce n'est pas correct », Agent d'accueil 4.

Après avoir incité la personne à parler de ses besoins de soins non satisfaits et avoir créer un climat de confiance propice à un tel échange, les agents peuvent peiner à trouver des portes de sorties, en particulier quand les assurés digressent sur des sujets personnels qui ne concernent pas directement leurs problèmes d'accès aux soins. La difficulté à gérer le temps peut parallèlement venir du fait que les agents détecteurs endossent pour certains une responsabilité très forte par rapport à la situation

détectée. Pour tous les agents d'accueil détecteurs en tout cas, cette plongée au cœur des situations de renoncement participe à modifier le rapport aux assurés et le travail qu'ils effectuent au sein de l'Assurance Maladie. Ces modifications, qui s'inscrivent, il faut le rappeler, dans un ensemble d'évolutions liées notamment à la mise en œuvre de la démarche PLANIR, peuvent être plus ou moins appréciées par les agents.

1.4. La question de l'impact sur le travail et le sens qui lui est accordé.

Les détecteurs « accueil » s'accordent pour dire que détecter le renoncement apporte une dimension nouvelle à leur travail. La plupart renvoie d'ailleurs cela à une évolution plus globale de leur métier, qu'ils perçoivent pour certains depuis déjà quelques années. Plus que par rapport au renoncement, c'est bien par rapport à cette évolution générale que les agents d'accueil détecteurs rencontrés en entretien s'interrogent d'ailleurs. Pour la majorité d'entre eux en tout cas, le fait qu'on leur ait confié cette mission est pensé comme valorisant et est vu comme *« une sorte de promotion »*[13].

« Et ça valorise notre poste de travail quand même… », Agent d'accueil 3.

« Ce qu'on me demande de faire a vraiment évolué. Maintenant, on va plus accompagner les assurés, c'est important et c'est un plus », Agent d'accueil 4.

Cette activité de détection - peut-être devrions-nous parler plutôt de « mission » car c'est bien ainsi que la plupart des agents qualifie le fait de détecter - donne un sentiment d'utilité aux agents et l'impression de participer plus concrètement à l'amélioration du quotidien des assurés ; les mots de cet agent qui dit avoir *« l'impression qu'on les aide plus »* sont le reflet de ce sentiment partagé par beaucoup. Cet agent poursuit ainsi :

« On se dit qu'on va essayer de les aider et qu'on les laisse pas tomber. C'est surtout ça que je me dis. Au moins, on aura tout fait pour essayer d'aider les personnes, on sait pas si on y arrivera. Par le passé, j'avais pas cette impression, j'avais vraiment l'impression d'être agent d'accueil administratif, point. Je vérifiais ce que les gens m'apportaient. Il n'y avait pas cette notion de renoncement aux soins. Mes fonctions, je les remplissais parce que j'étais là pour les aider administrativement les gens », Agent d'accueil 4.

La plupart partage parallèlement l'idée selon laquelle l'incorporation d'un questionnement sur le renoncement aux soins donne du sens à leur travail quotidien, mais aussi une finalité claire à l'action de l'Assurance Maladie : celle de l'accès aux soins :

« Au tout début où je suis arrivée à l'accueil, je n'avais pas cette conscience-là, de l'accès aux soins. Ma vision a vraiment changé. On est passé sur le domaine « conseiller en santé ». Tout ça, avant, je pensais pas que ça pouvait faire partie de mes fonctions. Et en plus, on explique aux assurés qu'on est une Caisse pilote avec ce projet et ils apprécient, ils sont surpris et on leur dit : « aidez-nous car ça peut nous aider nous aussi à trouver d'autres solutions, à pouvoir nous organiser différemment ». Ça donne une belle image de marque à l'institution », Agent d'accueil 4.

« Le but pour moi et pour tous c'est que les gens se soignent, j'avais pas ça en tête avant », Agent d'accueil 3.

[13] Agent d'accueil 2.

Quelques-uns paraissent cependant plus réservés à ce sujet et ambivalents par rapport aux changements engendrés par l'inclusion dans leur travail d'un questionnement sur le renoncement :

« Mais l'idée pour moi se fait progressivement de parler des soins avec les assurés. De l'accès aux soins… Je fais mon travail mais bon je trouve que ce n'est pas nécessairement notre rôle en tant qu'agent d'accueil. Ce métier, il change et j'ai un peu de mal face à ce changement », Agent d'accueil 2.

Pour tous les agents d'accueil qui trouvent que la détection modifie positivement leur travail, c'est bien le fait de devoir repérer le renoncement aux soins qui les a amenés à replacer la possibilité pour les personnes de se soigner comme l'horizon à atteindre ; dit autrement, ils ont davantage à l'esprit, et peut-être même ont-ils pris conscience grâce à cette mission de détection, que c'est à permettre aux personnes d'accéder aux soins que leur travail en tant qu'agent d'accueil contribue :

« Mais c'est vrai que se dire qu'on peut aider les gens sur leurs soins, c'est nouveau ça », Agent d'accueil 5.

Ce sentiment d'utilité, ce sens et cette finalité donnée à l'action ne sont toutefois pas toujours suffisants pour contrebalancer le fait que questionner les assurés sur le renoncement aux soins et échanger avec eux sur leurs difficultés en matière de santé sont des exercices qui peuvent peser sur le moral. Si cela n'empêche pas les agents de faire du repérage, la question du « bien-être » de certains au moment de la réalisation de ce type d'activité mérite d'être posée ; les propos de cet agent d'accueil traduisent cela :

« Moralement parfois c'est difficile aussi. Les cas sont difficiles, les personnes nous disent aussi comment elles en sont arrivées là, ce ne sont pas des discussions forcément très agréables ni pour la personne qui la raconte, ni pour la personne qui l'écoute. Ce sont souvent des personnes qui sont dans des situations très précaires. Donc c'est vrai que ça demande un investissement personnel », Agent d'accueil 2.

Comme les derniers mots de ce détecteur le traduisent, par rapport à leurs autres activités, repérer le renoncement aux soins demande un type d'investissement spécifique aux agents d'accueil. Cet autre agent l'exprime aussi :

« C'est le renoncement aux soins qui demande un investissement particulier, après les dossiers qu'on reçoit quotidiennement, bon c'est notre quotidien », Agent d'accueil 5.

Et ainsi que le suggère le premier agent en parlant *« d'investissement personnel »,* c'est parfois davantage l'agent en tant qu'individu qui s'investit et questionne les personnes, que l'agent en tant que professionnel. En ce sens, les agents d'accueil convoquent régulièrement, pour comprendre la situation des assurés, leur propre rapport aux soins et à la santé, leurs comportements en la matière aussi. Le repérage peut de ce fait être plus ou moins bien vécu :

« Ma vie personnelle fait qu'aujourd'hui c'est devenu encore plus sensible de parler de santé », Agent d'accueil 2.

Il est intéressant de constater que cette problématique de la distance entre « soi » et l'assuré est beaucoup plus présente chez les agents d'accueil détecteurs que chez les autres détecteurs, en particulier que chez les professionnels de santé et les travailleurs sociaux qui ont très certainement davantage appris à se positionner par rapport aux personnes reçues, soignées et/ou accompagnées.

Dans une certaine mesure, cette vision en miroir, par certains agents d'accueil, de leur propre situation peut être un levier pour que les détecteurs s'approprient la notion de renoncement et les problématiques associées aux difficultés d'accès aux soins ; cela peut également permettre de

travailler, au moment de la formation des agents détecteurs, sur certaines représentations relatives aux personnes qui renoncent et sur le fait que le phénomène ne concerne pas nécessairement que les assurés en situation de grande précarité. Pour l'agent qui suit, l'écho entre sa propre situation et celles des renonçants semble par exemple avoir été utile pour sa pratique de détecteur :

« Parfois, on peut s'identifier à eux, leur situation peut être similaire à la nôtre. Du coup, on se dit : « tant mieux si je peux l'aider, si je peux contribuer à un soulagement » », Agent d'accueil 4.

1.5. La question de l'empathie et de ses effets sur la détection.

Dans la perspective d'une pérennisation ou d'une extension du dispositif PFIDASS, il paraît important de garder à l'esprit que cette vision en miroir et l'empathie qui en découle (et la rend possible) peuvent aussi fragiliser les agents et aller jusqu'à constituer un frein au repérage. Les propos de cet autre détecteur le suggèrent :

« Je sais que si je fais une détection ça va être lourd pour moi moralement et je sais aussi que derrière il faudra assurer quand même pour tous les autres donc je peux hésiter, oui », Agent d'accueil 2.

Dans le cas de cet agent, c'est son envie de continuer à faire de l'accueil qui, semble-t-il, est impactée :

« Je sais plus si je veux continuer… J'ai l'impression que ça me correspond plus, quand j'ai postulé à l'accueil c'était pas pour ça, c'était pas pour rentrer dans le détail de la santé des gens car tout ça me met très mal à l'aise », Agent d'accueil 1.

De manière surplombante et on le comprend aisément, c'est le positionnement à adopter par rapport aux assurés au moment du questionnement sur le renoncement aux soins qui semble ne pas toujours être évident à trouver ; certains agents craignent ce que l'on peut qualifier de « psychologisation » de leur travail, tandis que d'autres s'inquiètent de sa « médicalisation » :

« Les assurés se confient tellement que c'est presque psy… Et moi je fais quoi face à ça ? J'écoute, je compatis, je prends note pour orienter vers nos AS ou la PFIDASS mais je dis quoi à l'assuré de tout ça ? », Agent d'accueil 5.

« Et je ne me sens pas suffisamment formée pour entendre, dire quelque chose sur tout ça, sur les questions et les conséquences médicales. D'où aussi ma gêne parce que ce sont des choses que je ne maîtrise pas vraiment. Donc c'est difficile pour moi de parler de la santé, avant quand je devais accompagner pour l'ACS, bon j'expliquais la mutuelle, le fonctionnement de l'aide, j'aidais à choisir une mutuelle et ça s'arrêtait vraiment à la mutuelle. Maintenant parler aussi de santé et des soins dont les personnes ont besoin, c'est différent », Agent d'accueil 2.

Derrière cela et ainsi que l'indiquent les lignes qui précèdent, ce sont bien des interrogations concernant leurs compétences et la manière de les consolider qui travaillent les agents d'accueil. Les entretiens menés avec certains d'entre eux montrent à quel point ils sont lucides sur le fait que détecter le renoncement aux soins vient directement questionner leur travail au quotidien et l'exercice de leur métier. Parallèlement, entre empathie et sympathie[14], la frontière peut être mince[15] ; surtout,

[14] Références à une discussion que nous avons eue avec une consultante partenaire du Cabinet Plénitudes.

[15] Les définitions de ces termes et d'autres qui leur sont voisins sont les suivantes :

- Sollicitude : attention soutenue, affectueuse et prévenante.

avoir cette frontière en tête en permanence n'est pas toujours chose aisée. Cela concerne également les accompagnants PFIDASS, comme nous le verrons plus loin. Pris dans la situation des assurés, pleinement investis dans l'échange, à quel moment les détecteurs dépassent-ils le cadre de leurs attributions professionnelles ? Quand laissent-ils se glisser, se faufiler, dans l'interaction avec les assurés, l'individu, le patient qu'ils sont tous ? Lorsque la souffrance des personnes accueillies les atteint, comment conservent-ils un positionnement leur permettant de remplir leurs fonctions ?

1.6. La question des limites de l'action et du passage de relais en interne.

Trouver la juste distance avec les assurés n'est ainsi pas évident pour tous les agents d'accueil interrogés, comme pour les accompagnants de la plateforme d'ailleurs. Percevoir les limites de son rôle de détecteur et déterminer à quel moment passer le relais aux agents de la PFIDASS chargés d'accompagner les personnes vers les soins ne le sont pas toujours non plus, et ce malgré les consignes données par l'encadrement et le travail réalisé au sein de la caisse pour délimiter le plus clairement possible le rôle de chacun. Loin de remettre en cause le travail de qualité effectué par les agents d'accueil détecteurs, tout cela permet au contraire de souligner à quel point tenir compte quotidiennement du renoncement aux soins dans un organisme d'Assurance Maladie ne va pas nécessairement de soi et vient questionner les frontières entre les différents professionnels. Si la question des limites d'action et du passage de relais se pose, c'est bien parce que les détecteurs à l'accueil, à la différence de la majorité des autres détecteurs, peuvent engager des actions, par exemple pour mettre à jour les dossiers, instruire des droits à la CMU C ou à l'ACS, prendre des RDV au CES, au moment de la détection du renoncement. Concrètement, cela se traduit notamment par des hésitations pour une partie des détecteurs « accueil » quant au fait de signaler un renoncement à la PFIDASS - dans le cas où le détecteur a déjà mis en place toutes les actions nécessaires pour répondre aux difficultés d'accès aux soins - ou de saisir cette dernière - lorsque l'agent d'accueil ne peut pas solutionner le renoncement et que l'intervention des agents de la PFIDASS est nécessaire -; l'échange que nous avons eu avec un agent d'accueil est à ce titre particulièrement enrichissant :

« Sur la différence signalement et saisine [l'agent pense que le signalement est une saisine et inversement]. *J'avais besoin et j'ai encore besoin de me faire confirmer par le responsable. J'ai fait parfois des saisines, en fait il y'a un renoncement mais j'ai fait ce qu'il y avait à faire, j'ai fait un dossier de secours par exemple et je sais que c'est suffisant. Ce sont des renoncements mais qui ne nécessitent pas tout un accompagnement, je peux faire à mon niveau. Donc je notais ce que j'avais fait ou enclenché et je faisais la saisine*. [Je lui dis que c'est l'inverse et que j'ai, pour ma part, également eu du mal à faire la distinction entre signalement et saisine]. *Ah oui, donc ça c'était des signalements !! Bon comme quoi c'est bien là où je pêche encore »,* Agent d'accueil 3.

Cet extrait d'entretien est très intéressant car il traduit en quelque sorte un flou dans la manière de qualifier certaines dimensions de la prise en charge PFIDASS. La difficulté par la suite peut venir du fait que les détecteurs « biaisent » involontairement le message envoyé aux agents de la PFIDASS. Ils peuvent en effet être insuffisamment précis concernant les informations afférentes aux actions

- Empathie : compréhension (sans idée de partage) des sentiments, des émotions, des opinions et des croyances.
- Sympathie : partage des sentiments, des émotions, des opinions et des croyances d'autrui.
- Compréhension : compréhension (sans empathie) de la situation d'autrui et possibilité de la saisir avec lui.

engagées, notées sur la fiche de repérage qu'ils transmettent aux agents de la PFIDASS et « compliquer » de ce fait quelque peu le démarrage de l'accompagnement.

Si certains détecteurs hésitent à signaler ou à saisir la PFIDASS, d'autres doutent toujours, au bout de quelques mois, de la pertinence de certaines saisines. Ils se demandent par exemple s'ils ne devraient pas plutôt adresser l'assuré au service Social ou « simplement » transmettre le dossier au service d'Action sanitaire et sociale. Là encore, il n'est aucunement question de juger de la qualité du travail réalisé par les professionnels participant à la détection ; il s'agit de montrer, qu'en situation d'expérimentation et dans le cadre de la mise en place d'activités nouvelles, tout est à imaginer. A travers leurs questionnements et la pertinence de leurs réflexions, les agents d'accueil détecteurs participent pleinement de cette dynamique de co-construction du dispositif PFIDASS. Dans ce processus expérimental, les nombreux échanges entre agents détecteurs, entre agents et responsables de l'accueil aussi, sont, sur ces points du passage de relais et de l'orientation vers la PFIDASS ou un autre service, comme de la distinction entre signalement et saisine, importants. Ils permettent de lever des doutes, de trancher collectivement et d'apprendre ensemble pour de futures détections. Les outils fournis par l'encadrement et co-construits au sein de la caisse pour aider les détecteurs à distinguer les cas pour lesquels l'orientation vers le service Social est à privilégier sont aussi particulièrement utiles.

Pour autant, de tels outils ne peuvent pas tout régler. Car on voit bien au travers des entretiens que plusieurs éléments peuvent expliquer les incertitudes ou les hésitations concernant les limites de l'action des détecteurs. L'interprétation faites par certains des consignes en la matière et la manière de penser leur rôle dans le système PFIDASS peuvent tout simplement découler d'une volonté de « faire de leur mieux », mais aussi de la difficulté, dont nous avons préalablement parlé, de ne pas se sentir unilatéralement responsable de la situation de l'assuré et de son règlement. Il ressort ainsi de certains entretiens que l'envie d'accompagner l'assuré le plus loin possible pour lui permettre de résoudre ses difficultés par rapport aux soins et la responsabilité endossée par les agents lorsqu'ils détectent une situation de renoncement peuvent effectivement amener les détecteurs à outrepasser leur rôle :

« Je sais que sur certains dossiers j'aurais dû passer la main avant, mais on est tellement dedans », Agent d'accueil 4.

On voit bien que ce n'est pas un problème d'absence de consignes ou d'outils mais bien, ici encore, de distance par rapport à l'assuré et à sa situation. Plus finalement que de rappeler les limites, il s'agit peut-être de réussir à canaliser une volonté d'action, un investissement « plein et entier » qui, bien souvent, découlent de l'échange très étroit que les détecteurs ont eu avec les assurés lors du questionnement sur le renoncement et qui *in fine* peuvent brouiller les limites d'action. C'est parallèlement le fait que les détecteurs omettent parfois ponctuellement de se repositionner dans le « système » PFIDASS qui peut générer leur surinvestissement[16] :

« Non mais c'est vrai qu'après nous il y a tout le reste donc ça ira forcément pour l'assuré », Agent d'accueil 3.

Il ressort en outre des entretiens que, le fait de connaître l'activité de la PFIDASS mais sans avoir précisément en tête la diversité des actions qu'elle peut engager, peut amener les agents d'accueil détecteurs à se surinvestir, à faire plus que ce qui serait nécessaire ou à initier des actions que la

[16] Si de telles questions se posent pour les détecteurs, c'est également le cas pour les accompagnants. Les entretiens effectués avec les professionnels de la plateforme nous permettent, de par leur richesse, d'approcher ainsi les grands enjeux d'un dispositif tel celui de la PFIDASS.

plateforme mettra de toute façon en place ; à l'inverse, les agents qui expliquent percevoir précisément les actions mises en œuvre par la PFIDASS semblent passer sereinement le relais :

« Concernant la PFIDASS, on sait que le service va les suivre, va les accompagner, les rappeler ; c'est pareil, on sait qu'ils vont faire faire des devis, qu'ils vont essayer de trouver des moyens pour qu'ils se fassent soigner au moindre coût, qu'ils vont les orienter… », Agent d'accueil 4.

Ce verbatim permet aussi de souligner que le niveau de connaissance des détecteurs du travail réalisé par les agents de la PFIDASS peut soutenir leur capacité à différencier l'action de la plateforme de celle d'autres services de la caisse et donc faciliter le passage de relais.

1.7. La question de l'engagement de l'assuré dans le processus d'accompagnement.

S'il y a une dimension qui est aussi du ressort des détecteurs « accueil » (en particulier), c'est celle qui consiste à construire, dans le cas des saisines, l'assentiment des personnes qui vont être prises en charge par les agents de la PFIDASS ; comment faire pour qu'elles acceptent d'être accompagnées ? Comment leur donner à entendre le plus tôt possible l'importance de leur implication dans le service proposé et le fait que cet accompagnement ne se fera pas sans elle ?

La ligne de crête est étroite ; les détecteurs en ont tout à fait conscience comme le dénotent les entretiens. Il s'agit de signifier aux personnes la nécessité de leur engagement dans le processus qui s'ouvre tout juste, sans cependant les effrayer. Ce faisant, les acteurs qui procèdent à la détection sont aussi ceux qui permettent à la suite de l'accompagnement d'exister ; ils ouvrent en quelque sorte le chemin sur lequel l'institution et l'usager vont s'engager ensemble. Ils commencent à exposer les règles du jeu. Bien entendu, tout ne repose pas sur les épaules des détecteurs. Ils ne sont pas, nous l'avons dit, unilatéralement responsables de la poursuite du processus, par exemple de la réaction de l'assuré lorsqu'il sera recontacté par un agent de la PFIDASS. Disons toutefois que leurs mots et la façon dont ils abordent la question de « l'après détection », dont ils présentent aussi le travail et les objectifs de la PFIDASS, peuvent jouer un rôle clef dans le processus d'accompagnement et, en tout cas, permettre de poser les termes du « contrat » qui va s'établir entre la CPAM et les assurés.

S'agissant des détecteurs internes à la CPAM et plus précisément des détecteurs à l'accueil, un point mérite tout particulièrement notre attention : la signature du « contrat d'engagement » dans l'accompagnement. De manière générale, les détecteurs disent se sentir mal à l'aise face à ce document alors même qu'ils comprennent l'importance de susciter l'implication et l'adhésion de la part des personnes susceptibles d'être accompagnées. Leurs pratiques concernant ce contrat diffèrent en tout cas. Certains, ayant l'impression de contraindre l'assuré et de ne pas lui laisser le temps de la réflexion, ont initialement choisi de ne pas le faire signer puis, afin de respecter les consignes, ont revu leur position :

« Je lui fais signer un accord à l'assuré. Au début, j'avais un peu peur et je le faisais pas. Maintenant je leur en parle au début… En fait, ce qui me gênait un peu avec ce contrat, c'est qu'ils se sentent obligés… Parfois quand on rentre à la maison, on réfléchit et on se dit « non ». Faut arriver à avoir des limites, l'assuré il est quand même libre. Il faut pas toucher à sa liberté donc si finalement il décide de ne pas se faire aider donc malgré que nous on lui ait conseillé de le faire et bien c'est son choix. Moi j'ai pas non plus envie de les forcer », Agent d'accueil 4.

D'autres ont toujours fait signer ce document – depuis, bien entendu, qu'il a été mis en place - et ont d'ailleurs réfléchi à la manière de susciter l'adhésion des assurés concernant ce contrat, et donc plus globalement concernant l'accompagnement qui est proposé :

« Le contrat de service, je le fais tout le temps signer. Au début, l'amorce était un peu délicate mais maintenant j'ai compris que quand un climat de confiance s'est installé avec l'assuré, il le signe. J'explique pourquoi je fais signer ça : « nous on vous aide, c'est pour qu'en retour, vous vous investissiez… Par exemple quand on va vous appeler pour vous demander un renseignement c'est pour que vous répondiez ». Je crois que c'est plus moi que ça met mal à l'aise que l'assuré. Parce que l'assuré je lui explique vraiment le rôle de la PFIDASS, qu'on va les recontacter pour les aider », Agent d'accueil 2.

Pour éviter les réticences des agents à faire signer ce document - s'il continue à être utilisé - et les éventuelles incompréhensions des personnes à y apposer leur signature, il peut être nécessaire de réfléchir collectivement à la manière dont les agents le présentent aux assurés et leur expliquent sa signification, et parallèlement à la manière dont les uns et les autres comprennent le rôle de ce contrat. Il peut aussi être important d'exprimer ce que le non-respect de ce contrat peut éventuellement induire. Quelles que soient d'ailleurs les modalités choisies pour le matérialiser, la question du contrat qui tend à être passé entre la personne et la CPAM est en tout cas majeure. Le contrat constitue un premier point d'ancrage quant à l'accompagnement dont la personne va bénéficier et marque surtout le positionnement de l'institution par rapport à l'assuré et inversement. Que ce soit donc par la signature d'un contrat écrit ou au travers d'un pacte oral, il est clair qu'en cas de saisine de la PFIDASS, c'est dès la détection que l'assentiment de la personne et son adhésion par rapport au service qui lui est proposé commencent à s'élaborer.

Sur ce point, il est *in fine* utile de dire qu'en fonction des détecteurs, internes ou externes, cette question ne se pose pas tout à fait de la même façon. Les modalités de détection et les possibilités d'actions par rapport au renoncement au moment du repérage ne sont d'une part pas les mêmes ; d'autre part, la visibilité concernant l'action de la PFIDASS et la proximité avec la plateforme sont complètement différentes. Une partie des détecteurs externes a tout de même bien perçu le fait que si leur rôle consiste en premier lieu à repérer le renoncement, ils peuvent aussi apporter leur pierre au processus de construction de l'assentiment et de l'adhésion de la personne à l'accompagnement par la PFIDASS ; l'extrait d'entretien qui suit le suggère :

« Et en fait on les oriente vers vous, on leur explique ce que la CPAM a mis en place, on remplit le formulaire si ça les intéresse. Enfin, il faut de toute façon que les personnes soient d'accord. Mais c'est vrai que pour qu'il y ait une bonne compréhension de la chose, je veux dire du fait que les personnes vont être recontactées par la CPAM, on préfère les appeler et bien leur expliquer », Détecteur externe, Agent administratif, mutuelle.

Comme les échanges avec les différents détecteurs permettent de le souligner, c'est en expliquant clairement aux personnes les différentes étapes du processus qui peut s'enclencher suite au questionnement sur le renoncement, mais aussi en leur présentant les missions de la PFIDASS qu'ils apportent leur contribution sur ce point central de l'engagement des personnes sur un chemin qui peut les conduire à la réalisation de leurs soins.

2. FOCUS SUR D'AUTRES CATEGORIES DE DETECTEURS[17] (EXTERNES, INTERNES « HORS AGENTS D'ACCUEIL » ET INTERNES « HORS LES MURS ») : DE L'ACCORD DE PRINCIPE, A LA NECESSITE DE TROUVER SON INTERET DANS LA DETECTION.

Tout comme c'est le cas pour les agents d'accueil impliqués dans la détection, le remplissage du formulaire de repérage ne pose pas de questions particulières aux détecteurs externes, internes mais non agents d'accueil ou « hors les murs »[18] interrogés, qu'ils soient agents administratifs ou professionnels de la santé :

« Le formulaire nous parait relativement simple, bon faut dire qu'on baigne dans l'administratif », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

Les entretiens permettent de souligner que les différentes possibilités proposées aux détecteurs pour remplir le questionnaire sont tout particulièrement les bienvenues même si elles sont diversement utilisées. La saisie en ligne est notamment pensée comme un gain de temps et peut en ce sens inciter à faire du repérage ; c'est notamment le cas pour certains professionnels de santé des CES :

« Le questionnaire est clair et on peut le remplir en ligne donc c'est encore mieux », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

2.1. Un accord sur le principe, un intérêt « croisé » à construire.

De manière générale, repérer le renoncement fait sens pour les détecteurs externes, internes non agents d'accueil et internes « hors les murs » que nous avons rencontrés en entretien. Par le passé, la plupart percevait en effet déjà des difficultés d'accès aux soins parmi les publics reçus en consultation ou accueillis au guichet :

« On s'est intéressés au Baromètre parce que le renoncement aux soins, et surtout aux droits c'est quelque chose qu'on voyait. Ce qui nous intéressait c'était le projet politique, l'égalité d'accès sur tout le territoire pour tous, idée qui était déjà portée par le Département. Et ici indépendamment de nos obligations législatives, on a toujours eu une politique de santé », Partenaire, Agent de Direction, Conseil Départemental.

La mise en place de la PFIDASS et, plus globalement le déploiement d'une réflexion sur le renoncement aux soins dans le Gard, a toutefois amené certains à porter davantage leur attention sur ces difficultés et à se sentir plus légitimes à le faire :

---

[17] Professionnels administratifs et de la santé.

[18] Nous utilisons cette expression pour qualifier notamment le détecteur de l'Antenne du CES située à Alès rencontré en entretien. Nous avons conscience que tous les acteurs du CES qui participent à la PFIDASS sont des détecteurs internes à la CPAM, mais il nous paraît important, d'un point de vue analytique, de distinguer les détecteurs du CES qui sont localisés à Nîmes – au siège de la caisse où la PFIDASS est également située - et ceux qui ne le sont pas. D'où l'expression « détecteurs internes mais hors les murs ». Cette distinction nous semble en premier lieu nécessaire dans la mesure où les acteurs du CES, en fonction de leur localisation - Nîmes ou Alès -, n'ont pas intégré la PFIDASS au même moment. En second lieu et comme c'est le cas de la temporalité de l'intégration dans le dispositif, la localisation des détecteurs peut, de notre point de vue, constituer une variable explicative de leur degré d'appropriation (au moment de l'entretien) de la pratique de la détection et, plus globalement, de la plateforme.

« Ce sont des choses que je constatais déjà avant au quotidien, là je peux vraiment y porter attention », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

« Il y a une réalité au renoncement, on le savait mais là c'est plus clair. En plus nous on la voit cette réalité parce qu'on gère plusieurs régions et c'est partout pareil. Même là où les personnes ont des revenus un peu plus élevés, on voit que c'est difficile. Donc ça touche tout le monde. Pour l'instant, la société dans laquelle on vit nécessite qu'il y ait des choses comme ça qui se mettent en place, peut-être que si les choses reviennent à l'équilibre, on pourra faire autrement », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

C'est bien, en premier lieu, la possibilité donnée aux personnes, au travers de cette notion de renoncement, de parler de leurs besoins de soins et de « dire » les difficultés rencontrées pour les satisfaire qui offre, selon les détecteurs, un point d'ancrage différent sur les situations de vie et de nouvelles perspectives pour l'action :

« Parfois on leur parle de renoncement mais ils ne savent pas trop, alors on parle beaucoup de « besoins », est-ce qu'il y a des soins dont vous auriez besoin et que vous n'avez pas pu faire ? Alors après ils en parlent beaucoup plus facilement, on peut avancer ensemble pour qu'ils nous expliquent », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

On comprend à travers ce verbatim que le renoncement emporte en outre une possibilité de dialogue renouvelé avec les personnes accueillies. Les détecteurs découvrent que, lorsqu'ils parlent du renoncement avec leurs publics, un renversement s'opère : ce ne sont concrètement plus les dispositifs, les aides, et « l'offre publique » qui priment, mais bien les besoins des personnes. Dans ce contexte, les échanges entre professionnels et usagers peuvent être plus constructifs pour les uns et pour les autres, comme le suggère d'ailleurs l'agent administratif ci-dessus.

Il existe ainsi, parmi les différents détecteurs vus en entretien, un accord de principe concernant la nécessité de s'intéresser au renoncement aux soins ; ce faisant, ils peuvent « s'arrêter » sur des situations qui, par le passé, auraient certes été perçues - quoique pas dans tous les cas -, mais par rapport auxquelles ils n'auraient pas nécessairement su comment réagir. Un autre point transparaît nettement dans les entretiens effectués avec ces détecteurs. Par le passé, ils observaient certes des difficultés d'accès et de recours aux soins. Mais comme ils l'indiquent tous, c'est bien parce que la PFIDASS offre une perspective d'intervention qu'ils peuvent ne plus rester aveugles et muets par rapport à ces situations ; la mise en place de la plateforme leur permet même d'aller « au-devant » de celles-ci et de travailler à les faire émerger lors des échanges avec les personnes. Poser le regard sur le renoncement, en dire quelque chose, devient non seulement possible mais également plus acceptable pour les professionnels du sanitaire et du social ; le verbatim qui suit traduit ce dernier point. Avant la mise en place de la PFIDASS, l'absence de regard et de mots s'expliquaient ainsi, et bien souvent, par l'absence de réponses concrètes à apporter aux personnes :

« Sans solution à apporter au renoncement, bon on l'aurait vu le renoncement mais j'aurais pas pu faire grand-chose à part essayer d'orienter. Donc j'allais pas parler de ça avec les gens et leur dire après « merci au revoir », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Cet accord sur le principe ne suffit toutefois pas pour que les partenaires et les différents professionnels en interne de la CPAM fassent concrètement de la détection. A la date du 12 février 2016, plusieurs détecteurs n'ont encore pas fait de saisines ou en ont faites seulement quelques-unes. Il est important de souligner, à nouveau, que tous n'ont pas intégré le système PFIDASS au même moment. Pour engager la dynamique de détection et la maintenir, les professionnels quels qu'ils soient doivent en tout cas trouver un intérêt à le faire. Les entretiens réalisés avec différents types de

détecteurs, notamment externes, qui ont déjà saisi la PFIDASS permettent de comprendre que cet intérêt peut venir du fait que détecter le renoncement :

- Leur apporte une connaissance nouvelle sur leurs publics et fait évoluer des représentations,
- Enrichit leurs pratiques quotidiennes ou/et fait évoluer ces pratiques dans un sens positif,
- La plateforme apporte un service complémentaire à celui qu'ils proposent et permet ainsi de renforcer l'aide apportée aux personnes.

Ces trois points peuvent bien entendu fonctionner ensemble. Dans tous les cas, cet intérêt « propre » à faire de la détection est indispensable, en particulier parce que tous les détecteurs anticipent le fait et/ou constatent que le repérage peut leur prendre un peu de temps :

« Si on veut faire correctement, si on veut en profiter pour comprendre certaines choses dans la situation des personnes qui peut nous être utile, ça peut durer un peu de questionner », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Alors que le quotidien des uns et des autres est déjà très chargé, que les activités s'accumulent et que les demandes de remplir de nouvelles missions sont régulières, cette crainte n'est pas anecdotique :

« Il faut bien se dire que tous les jours nos agents pourraient en incorporer de nouvelles activités, il faut donc comprendre au mieux où sont les complémentarités », Partenaire, Direction CARSAT Languedoc-Roussillon.

Dans ce contexte, la latitude qui est laissée aux partenaires de choisir les cibles et les modalités de détection est essentielle. Ils peuvent ainsi mettre en place des conditions de repérage qui, de leur point de vue, permettront de repérer effectivement des cas de renoncement et qui, en parallèle, apporteront quelque chose à leurs pratiques et/ou contribueront à une connaissance renouvelée de leurs publics. Les partenaires comprennent l'importance que les cibles et les modalités de détection choisies permettent de repérer des situations de renoncement qui soient pertinentes pour la CPAM, au sens où elles entrent bien dans le champ d'action de la PFIDASS. Mais ils ont également besoin que ces conditions leur permettent de trouver pleinement leur intérêt à participer au système PFIDASS. La difficulté à imaginer parfois des cibles « partagées » qui puissent effectivement permettre à chacune des parties prenantes de trouver son compte dans le système PFIDASS, peut limiter quant à elle, et d'après certains partenaires, leur participation effective au dispositif :

« Les CARSAT se sont positionnées sur des niches un peu particulières je dirais, notamment des personnes retraitées. Mais une personne retraitée c'est aussi un assuré, donc ça rend déjà un peu complexe l'image sur le terrain du qui fait quoi ; et pour moi c'est un sujet qui est un peu sensible. Mes propos ne mettent pas du doute en cause l'utilité de la plateforme mais ça mérite des attentions sur les cibles, l'articulation par exemple avec nos logiques populationnelles qui nous viennent aussi de la branche retraite. On est sur les mêmes champs mais avec des logiques un peu différentes », Partenaire, Agent de direction, CARSAT Languedoc-Roussillon.

2.2. Le système PFIDASS : une possibilité pour faire évoluer des représentations et des pratiques.

On voit effectivement que les détecteurs, externes et internes, qui se sont concrètement lancés dans la détection sont ceux qui disent avoir trouvé un intérêt à le faire, ceux pour lesquels la participation au système PFIDASS apporte quelque chose. Un médecin de CES rencontré en entretien souligne cela ;

il précise aussi la nécessité que les personnes choisies dans une structure pour commencer à faire de la détection aient, en premier lieu, envie de le faire et puisse y consacrer un peu de temps :

« Il faut que le professionnel ressente l'apport aussi pour lui, il faut s'approprier la PFIDASS pour que ça apporte quelque chose à nos pratiques. Moi ça m'apporte quelque chose d'une part ; mais aussi il faut se dire que j'ai le temps et que j'ai envie que ce soit fait aussi », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Nous l'avons dit, les partenaires peuvent organiser le repérage du renoncement de la manière qui leur semble la plus adéquate et la plus pertinente. Une mutuelle a par exemple fait le choix de faire de la détection en reprenant les listes de personnes auxquelles des aides ont été attribuées par la Commission d'action sanitaire et sociale et en ciblant celles qui, au bout de quelques mois, n'ont pas utilisé cette aide. Une fois ce ciblage effectué, quelques agents de la mutuelle sont chargés de rappeler ces personnes afin de comprendre les motifs de la « non-utilisation ».

L'un de ces agents, rencontrés en entretien, nous explique que, par le passé, les personnes qui n'avaient pas utilisé l'aide recevaient simplement un courrier leur rappelant l'importance de le faire avant une certaine date. Désormais et dans le cadre de la participation à la PFIDASS, les agents appellent les personnes pour échanger avec elles et voir si le motif de la non-utilisation n'est pas lié à un renoncement au soin pour lequel l'aide a été accordée. L'implication dans le dispositif PFIDASS, la réflexion sur les modalités de détection du renoncement, a ainsi amené une évolution dans les pratiques comme l'indique l'agent de la mutuelle chargé de faire de la détection :

« Avant les piqûres de rappel, c'est vrai que c'était plus par courrier. Donc c'est le fait de devoir faire la détection qui nous a amenés à faire par téléphone. En plus, ça nous prend guère plus de temps… Parce que taper le courrier. Et on a plus d'informations, pour savoir par exemple pourquoi les soins ils les ont pas faits. On peut faire des mises à jour sur les dossiers. Ça nous apporte d'autres éléments sur les gens », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

Comme l'expriment les mots qui précèdent, détecter le renoncement permet aux agents de la mutuelle d'actualiser les dossiers comme c'était le cas par le passé, mais aussi d'enrichir la connaissance qu'ils ont de leurs publics et de leurs difficultés. Ils ne font ainsi plus uniquement du « suivi » de dossiers et tentent d'analyser les raisons de la non-utilisation. Ce faisant, ce sont bien certaines représentations quant aux comportements de leurs publics qui évoluent. Alors qu'auparavant, les agents de la mutuelle pensaient la non-utilisation comme liée à la mise en place par les « adhérents » d'autres solutions pour financer leurs soins, ils ont découvert qu'elle peut en fait découler de difficultés à mettre en place les soins malgré l'aide financière accordée. Dans l'extrait qui suit, on voit en effet que le fait d'être devenus détecteurs a entraîné une représentation différente de la non-utilisation des aides par les personnes :

« On calculait déjà les montants engagés et les montants versés, dépensés. Donc on savait qu'il y avait un différentiel. Mais on se disait que c'était peut-être parce que les gens avaient trouvé d'autres solutions. En fait, c'était aussi des difficultés… Le renoncement, on le voyait en voyant que tout n'était pas épuisé. Là ça nous permet de mieux comprendre les situations de non-utilisation ; avant on contactait les personnes juste pour dire « vous savez que vous avez ce montant que vous n'avez pas utilisé ? » mais c'est tout. On faisait du suivi de dossiers mais on ne questionnait pas », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

La détection du renoncement a amené une évolution dans les pratiques et dans les représentations. Cela a également permis de renforcer la connaissance des comportements de certains publics. Les agents de cette mutuelle engagés dans le repérage se sont ainsi questionnés sur les raisons de la non-

utilisation de leurs aides mais aussi sur ce qui, plus globalement, éloigne les personnes de leur guichet. Alors que bien souvent le non-recours tend à être expliqué par des manques d'information, les acteurs sociaux perçoivent peu à peu d'autres causes et réfléchissent alors aux moyens de rapprocher les personnes de leurs droits ou des services auxquels elles peuvent prétendre. En allant par exemple au-devant des personnes, en les incitant à parler de leurs besoins, les professionnels peuvent notamment contribuer à faire tomber des barrières dans les processus de demande :

*« Et je pense que c'est important d'aller vers certaines personnes parce que parfois il y a de la honte. Des gens de l'ancienne génération nous disent qu'ils ont honte de venir nous demander, il faut les rassurer sur le fait qu'ils ont le droit, que c'est un fonds qui sinon n'est pas utilisé. Les personnes ressentent le besoin de se justifier, certains nous envoient des photos, une dame nous avait envoyé son dentier cassé, on sent qu'ils ont honte et qu'ils cherchent à se justifier de demander, il faut être au fond du désarroi pour faire ça je crois. D'ailleurs parfois moi aux personnes je ne parle pas d'aide sociale mais d'aide exceptionnelle. Ils n'aiment pas l'image des pauvres. On peut faire basculer les personnes en leur présentant les choses différemment. En leur disant qu'aujourd'hui c'est eux qui ont besoin et que demain ce sera quelqu'un d'autre. Les gens ont peur aussi de devoir rendre l'argen*t », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

2.3. Le système PFIDASS : un outil et un relais pour intervenir auprès de publics en difficultés.

La PFIDASS est souvent perçu par les partenaires comme un outil pour intervenir de manière complémentaire auprès de certains publics ; la difficulté en revanche peut être de voir concrètement quels peuvent être les publics à cibler en priorité pour créer cette complémentarité :

« C'est un outil c'est sûr, après on a différents publics, on les connaît mais il faut aussi voir ce que la PFIDASS peut leur apporter, pour voir vers qui ce serait le plus utile de regarder », Partenaire, Agent de direction, Conseil départemental.

Au-delà des apports en termes de connaissance des publics et de compréhension de leurs difficultés, l'intérêt de la mutuelle, dont nous avons précédemment parlé, dans la détection du renoncement et dans l'orientation des personnes concernées vers la PFIDASS est par exemple clair : il s'agit d'accroître, au bout du compte, l'utilisation de leurs propres aides facultatives ; dans ce cadre, la plate-forme est bien pensée comme un outil :

« Ça fait une piqûre de rappel à nos adhérents par rapport à l'utilisation de notre aide. Et pour les gens qui renoncent, on peut leur proposer quelque chose. Avant c'était compliqué parce que, chez nous, les gens ne peuvent demander qu'une fois par an donc on savait qu'on n'avait pas d'autres solutions pour eux. Maintenant en les orientant les gens qui malgré notre aide ne peuvent toujours pas se soigner, on s'assure aussi que notre aide soit utilisée », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

De même que la CPAM, la mutuelle en question a besoin de « consommer » son enveloppe d'action sanitaire et sociale. Comme le souligne l'agent de l'organisme, l'utilisation des aides attribuées est une nécessité pour continuer à disposer l'année suivante de budgets pour répondre aux besoins des publics qui rencontrent des difficultés pour financer leurs soins :

« Nous c'est important car nos budgets sont révisables chaque année. Donc en fonction de ce qu'on a octroyé, plus on donne, plus on peut redemander l'année suivante donc c'est important que ce soit

utilisé. Et de toute façon on n'a jamais assez, on aurait toujours besoin de plus parce qu'il y a toujours plus de besoins », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

En saisissant la PFIDASS, la mutuelle se donne une possibilité supplémentaire pour que ses aides soient utilisées. En effet, si l'accompagnement par la plate-forme permet la réalisation du soin, l'aide accordée sera certainement consommée. Elle constituera par exemple un des éléments d'un montage financier réalisé par la PFIDASS. La compréhension de la mutuelle des différentes actions que peut engager la plate-forme est ici importante ; c'est en particulier le fait que les accompagnants peuvent articuler différentes aides financières qui est intéressante pour la mutuelle dans la mesure où, comme l'explique l'agent reçu en entretien, le renoncement détecté en partant des listes de personnes auxquelles une aide a été attribuée mais qui ne l'ont pas utilisée découle dans la plupart des cas de problématiques financières.

Si le mot d'outil est régulièrement utilisé par les détecteurs externes pour qualifier la PFIDASS, un autre terme revient aussi fréquemment : celui de « relais ». La plateforme peut ainsi être perçue par les partenaires comme un relais vers lequel se tourner quand ils ne savent plus quoi faire pour la personne ou que celles-ci ont besoin d'un coup de pouce complémentaire. La PFIDASS peut en ce sens proposer un service qui s'inscrit dans la continuité de ce qui a été engagé par d'autres et s'articule avec leurs actions :

« On s'est rendu compte que les gens qui ne mettaient pas en place les soins même en étant aidés par nous, c'est parce que financièrement ils ne peuvent toujours pas. Donc si on articule nos aides, ça peut marcher… Quand on sait que malgré notre aide les gens ont un reste à charge, on sait que ça va pouvoir les aider aussi à utiliser notre aide, c'est complémentaire de toute façon. C'est une autre pièce qui peut les aider et je leur dis aussi que s'ils ne peuvent pas même avec notre aide, il y a d'autres possibilités », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

Dans d'autres cas, la plateforme est pensée comme un relais lorsque les acteurs ne savent pas, en première intention, quoi faire concernant une personne, une situation ou lorsque celle-ci ne rentre pas dans leur champ de compétences et/ou leurs cibles :

« Et même si on émet un refus ou si les gens ne rentrent pas dans le cadre de ce qu'on peut faire, ils sont plutôt contents qu'on leur ouvre d'autres portes. C'est une continuité, ça sert à tout le monde, à l'adhérent, vous et nous ça nous facilite aussi, même si c'est vrai que ça prend un peu de temps mais ça fait partie du travail », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

L'existence de la plateforme rappelle aux acteurs qu'ils ne sont pas seuls pour répondre aux difficultés rencontrées par leurs publics et pour faire face à leurs besoins, qu'il y a dans leur environnement d'autres acteurs qui peuvent contribuer à la prise en charge. C'est bien de coordination des différentes actions et des ressources des uns et des autres dont il est ici question. Le relais peut d'ailleurs se repasser dans l'autre sens, c'est-à-dire de la PFIDASS vers le partenaire lorsque celui-ci a les moyens ou dispose d'outils pour contribuer à l'accompagnement vers les soins des personnes :

« Ou alors on peut intervenir lorsque la procédure est lancée par vous [la CPAM] *et nous on serait dans la boucle au niveau de l'aide sociale. Pour Mr X, ça s'est passé comme ça. La PFIDASS nous a rappelé plusieurs fois, ça permet de faire avancer les dossiers plus vite, on répond à la demande de suite. On s'articule mieux, on a les numéros les uns des autres, c'est beaucoup plus simple. On travaille avec d'autres CPAM, mais on n'a pas de contact direct et c'est vrai que pour avoir certains documents par exemple, c'est beaucoup plus difficile. J'ai eu plusieurs appels de vos services parce que justement ils devaient suivre des dossiers, ça se croise parfois, pour savoir l'aide octroyée pour que ça fasse avancer plus vite »,* Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

Pour la plupart des détecteurs externes rencontrés et des partenaires, la CPAM, en tant qu'acteur chargé de la mise en œuvre du droit commun, est pensée comme légitime pour assurer cette fonction « pivot », cette articulation entre différents professionnels ; elle peut aussi être, selon eux, en capacité de faire apparaître plus nettement les complémentarités sur les territoires, de coordonner les outils dont les uns et les autres disposent et d'articuler la multiplicité des actions conduites auprès des personnes pour renforcer l'accès aux soins :

« Je pense que la CPAM est un point central, vous représentez le droit commun, vous êtes en relation avec tout un tas d'acteurs, vous avez plusieurs articulations autour de vous. Et nous, c'est avec cette légitimité sur l'accès aux droits, aux soins, à la santé que les membres politiques du Contrat local de santé ont souhaité investir cette animation locale », Partenaire, Association RESEDA.

« Je pense que cette initiative elle est bonne parce qu'on propose avec les moyens qu'on a et en s'appuyant sur la Sécurité sociale d'aider les gens. Nous on fait des choses, mais qu'il y ait d'autres choses qui se mettent en place à côté, pour renégocier les prix par exemple, pour pouvoir puiser dans toutes les aides... Bon il y a des gens qui se débrouillent très bien, on voit qu'il y a aussi de petites associations qui aident et d'autres qui sont seuls, il y a une petite inégalité là-dessus. Les organismes sont aussi plus ou moins faciles d'accès, les associations plus ou moins connues. Donc les personnes ciblent et il faut les aider à faire plusieurs demandes, à coordonner tout ça. Parce qu'après les personnes ne le font pas forcément d'elles-mêmes de demander plusieurs aides parce qu'elles ont peur que si elles nous demandent, elles ne puissent pas demander à la CPAM, ou vice-versa. C'est important d'informer aussi là-dessus, de dire aux personnes qu'avoir une autre aide n'a aucune incidence sur le jugement de nos élus », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

2.4. Le système PFIDASS : un outil pour une approche globale des patients.

Participer à la détection du renoncement intéresse également fortement les professionnels de santé rencontrés. En particulier, les médecins du CES expliquent, pour plusieurs d'entre eux, dans quelle mesure évoquer la question du renoncement peut les aider à faire des liens entre différentes dimensions de la vie des personnes. Il est ici important de rappeler que les professionnels du CES exerçant au siège de la CPAM du Gard ont, depuis la mise en place de la PFIDASS, réalisé une partie importante des détections internes (28% à la date du 12 février 2016). Questionner sur le renoncement est, selon le médecin responsable du CES, un travail d'équipe :

« C'est un travail collectif, avec les secrétariats, les infirmières. On peut noter des alertes sur la fiche de circulation pendant tout le bilan, au bout on a plein d'indices pour parler du renoncement », Médecin, CES (non détecteur).

Approcher les situations par le prisme du renoncement s'intègre en outre plutôt bien, selon plusieurs médecins du CES qui pratiquent la détection, dans une volonté d'approcher les patients dans « leur globalité » :

« Au CES on se place aussi comme un acteur de la prise en charge globale de la personne, des patients dans leur globalité, on essaie un peu de comprendre qui ils sont au-delà de leurs problèmes de santé, de regarder les cercles concentriques autour du symptôme, le renoncement ça correspond assez bien à ça », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Au-delà de correspondre à une manière d'approcher les patients, ce médecin détecteur explique parallèlement comment la détection du renoncement peut contribuer à consolider le travail fait au CES dans le cadre des bilans de santé et apporter ainsi une valeur ajoutée :

« Au CES, on est quand même dans une prise en charge ponctuelle. Et souvent j'ai la sensation que l'on travaille avec les personnes sur des axes futurs de prise en charge mais après qu'est-ce que ça donne ? L'exemple des soins dentaires c'est le plus fragrant, dans les commentaires de la dentiste, y a une phrase c'est : « suivi demandé ». Après est-ce qu'ils le font ou pas ? Les examens périodiques de santé, c'est périodique donc ce sont des gens que je ne reverrai pas sauf dans plusieurs années. Donc ça peut ne servir à rien sauf si ce que j'ai proposé comme axe, ça a été suivi de faits et ça a été suivi notamment grâce à la PFIDASS. Là pour moi, c'est tout gagné. Je me suis approprié cet outil parce qu'il y avait une valeur ajoutée par rapport à ce que je faisais », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Le médecin responsable du CES confirme cela en expliquant que :

« La PFIDASS est un service de suite pour le CES, ça va avec la vocation du centre. C'est quelque chose qu'on attendait, ça nous donne l'assurance d'aller jusqu'au bout pour les personnes », Médecin, CES (non détecteur).

Il souligne parallèlement que la pratique de la détection et l'orientation des personnes vers la PFIDASS donnent le sentiment aux professionnels du CES d'être encore plus intégrés dans la politique générale d'accès aux droits et aux soins de la CPAM. La participation à la plateforme peut en outre venir renforcer quotidiennement leur sentiment d'utilité, comme l'explique l'un des médecins détecteurs :

« C'est aussi une question d'utilité, on se sent plus utiles pour les personnes », Détecteur interne, Médecin CES.

Selon ces médecins exerçant en CES, la détection du renoncement et l'orientation vers la PFIDASS peuvent contribuer à dépasser une approche ponctuelle des problématiques de santé et rendre davantage possible la mise en place des soins, en particulier spécialisés, préconisés dans le cadre des bilans de santé ; la plateforme peut ainsi apporter une plus-value à leurs pratiques quotidiennes, en permettant que les besoins de soins repérés au moment du bilan puissent effectivement être pris en charge :

« Moi ça m'a apporté quelque chose de questionner sur le renoncement. Finalement ça donne une certaine continuité à ce qu'on fait à l'examen de santé. Parce que faire un examen de santé, détecter des axes de travail que le patient doit faire et finalement que ce ne soit pas fait parce que le patient est en renoncement, c'est dommage, c'est qu'on a loupé quelque chose. Là j'ai l'impression de mettre un petit wagon de plus derrière et que ça va cheminer vraiment vers ce soin qu'il faut faire. Au moins ça fait le lien entre l'examen de santé à proprement parler et le répertoire de spécialistes que je peux donner aux gens. Par exemple, quand j'oriente quelqu'un pour une consultation ORL, finalement, s'il n'y a pas la possibilité pour les personnes de se rendre à cet examen, ça sert à rien en fait d'imaginer des soins futurs », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

S'agissant des médecins des CES, la PFIDASS est donc pensée comme un outil pour renforcer l'observance des soins prescrits au moment des examens de santé. Il est intéressant de constater que le travail mené sur le renoncement aux soins dans le Gard et la pratique de la détection ont en outre amené certains professionnels de la santé des CES à poser un autre regard sur l'inobservance des soins ; là encore, on voit dans quelle mesure parler du renoncement peut contribuer à une évolution des représentations quant à certains comportements des patients et donc à la mise en œuvre de réponses plus appropriées :

« La réaction première d'un PS c'est que ça le fait soupirer de voir que les personnes sont « inobservantes », qu'elles ne font pas ce qui est marqué dans les ordonnances… Moi ça m'agaçait quand j'étais en libéral. Je me disais « ça veut dire qu'il n'écoute pas ce que je dis, il s'en fout ». Alors que peut-être c'est pas du tout ça. C'est seulement après qu'on se dit, et encore pas toujours, je n'ai peut-être pas passé la bonne info ou pas tout pris en compte. De comprendre tout ça par l'intérêt porté au renoncement, ça peut donner un outil de plus aux professionnels de santé », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

2.5. Le système PFIDASS : un relais pour les médecins libéraux confrontés aux difficultés de certains patients.

La PFIDASS est, dans le cas qui précède, pensée comme un outil utile pour des patients « inobservants » car confrontés à une impossibilité de quelque nature que ce soit de réaliser des soins préconisés par un professionnel de santé. Outil dans certains cas, le dispositif peut parallèlement offrir un relais aux professionnels de santé concernant des situations sur lesquelles ils n'ont eux-mêmes pas directement de prises : par exemple, lorsqu'un patient est dépourvu de couverture maladie et/ou exprime une difficulté pour faire l'avance de frais d'une consultation. L'observation réalisée auprès d'une Déléguée de l'assurance maladie (DAM) chargée de présenter la PFIDASS à des médecins généralistes montre par exemple que, pour un professionnel de santé libéral, faire de la détection peut être intéressant pour recevoir de l'assistance par rapport à certaines situations compliquées :

« Avec ce système, ce ne sont pas que les gens que vous proposez d'assister mais aussi les médecins. Ce que je dis concernant l'assistance n'est pas péjoratif, c'est juste pour dire que c'est bien une forme d'assistance que vous nous proposez concernant des gens qui peuvent être en difficulté mais pour qui on ne sait, nous, pas quoi faire », Médecin généraliste libéral.

Un entretien mené avec un médecin exerçant en CES et qui a, par le passé eu une activité libérale, apporte sur ce point des précisions intéressantes : l'assistance ou le relais permis par la PFIDASS pourrait notamment concerner des patients qui ne sont pas en capacité de régler les consultations. L'intérêt des professionnels de santé libéraux pour la PFIDASS et la détection pourrait ainsi se comprendre au travers de la problématique des « impayés » ; ceux-ci, traduisant *a priori* une situation financière difficile et un obstacle en matière de soins, pourraient effectivement constituer un indice de renoncement à des soins pour raisons financières et amener les professionnels de santé à faire une détection ou à inciter le patient à se tourner vers la PFIDASS. Elle prendrait alors le relais pour solutionner d'éventuels problèmes de mise à jour ou d'ouverture de droits, pour tenter, plus globalement d'ailleurs, de lever des obstacles pouvant gêner de manière régulière les personnes dans la mise en place de leurs soins :

« Je pense que ça peut aussi être un outil pour un professionnel de santé en cabinet. Les impayés en médecine libérale c'est fréquent. Ce serait un moyen de détecter le renoncement aussi… Même la part mutuelle, les 6 euros 90 de la consultation, ils ne sont souvent pas réglés. Dans la présentation de la plateforme, je crois que ces éléments sont à mettre en avant, le fait que c'est important aussi pour le PS que les patients aient des droits ouverts et à jour. C'est aussi pour les PS se poser la question de pourquoi les gens ne paient pas ? Y'a peut-être 1% des gens qui sont malhonnêtes, mais pour le reste il y a peut-être d'autres problèmes et des leviers », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Lors de l'échange entre la DAM et le généraliste auquel nous avons assisté, le médecin explique bien qu'il est régulièrement face à des situations pour lesquels il n'est pas capable d'apporter une réponse.

Il a conscience que le paiement de la consultation pose problème à certains patients et que certains soins prescrits ne seront pas réalisés à cause d'obstacles financiers notamment. Mais il dit ne pas savoir ce qu'il peut proposer aux personnes et, parallèlement, ne pas être à l'aise sur des sujets qu'il ne maîtrise pas :

« Quand il y a un problématique d'argent, je ne sais pas quels sont les leviers ? Je ne connais pas suffisamment ce qui existe, les droits tout ça », Médecin généraliste libéral.

Si l'objectif est qu'il fasse concrètement de la détection et qu'il oriente des patients vers la PFIDASS, ce médecin pense qu'il a besoin d'être *« bien formé »* sur les dispositifs proposés par l'Assurance maladie, sur le type d'actions que peut engager la PFIDASS, ainsi que sur le renoncement et ses différentes causes. Selon lui, *« c'est cela qui peut lui permettre de mieux dépister des situations précaires, sans y passer deux heures, et d'avoir en tête ce qui peut être fait en face »,* Médecin généraliste libéral.

A nouveau, la question du temps est présente dans les propos de ce professionnel. En fonction de leurs conditions d'exercice, de leur statut aussi, les professionnels de santé n'ont effectivement pas le temps nécessaire, ou la possibilité de dégager même quelques instants, pour tenir compte des dimensions autres que médicales, pour percevoir les indices qui peuvent suggérer un renoncement ou pour saisir les éventuels obstacles à la réalisation de certains soins. D'autres professionnels de la santé évoquent ce point ; certains réfléchissent même aux manières d'organiser la détection du renoncement en cabinet libéral, sans que cet exercice ne prenne trop de temps ou qu'il repose exclusivement sur les médecins :

« On parlait tout à l'heure des cercles concentriques avec le patient, le symptôme… Quand j'étais en cabinet libéral, on n'essayait pas de regarder tout ça, on était que sur le symptôme, on n'essayait pas de regarder les autres cercles. Après en marge de la consultation, pourquoi pas. Peut-être que le détecteur ça pourrait être la personne du secrétariat, ça demanderait une organisation importante je pense. Il faudrait presque se faire un tableau, Mr Martin je lui ai prescrit ça, tiens il l'a pas fait, pourquoi ? « En tout cas, si j'étais dans le cabinet où je travaillais avant, je ne pourrais pas détecter le renoncement, j'avais pas le temps », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

2.6. Des hésitations et des doutes persistants sur la qualification du renoncement et les cibles de la PFIDASS.

Comme pour la CPAM, les partenaires font des choix concernant les cibles et les modalités de la détection ; afin de ne pas ajouter du « travail au travail », partant aussi de leurs représentations initiales du renoncement et des discussions avec les acteurs de la CPAM, ils tentent en premier lieu d'encastrer le repérage dans leurs pratiques. Pour autant et comme nous venons de le dire, le fait de détecter peut entraîner une évolution de certaines représentations et pratiques et amener par là-même à réviser les cibles, les conditions et les modalités de détection. Tout ceci n'est pas figé une fois pour toute ; les entretiens montrent que la réflexion institutionnelle des partenaires, et individuelle de la part de chaque détecteur, sur ces points est surplombée par trois types d'interrogation : comment ne pas sur-détecter le renoncement ? Ne passe-t-on pas à côté des « vrais » renoncements ? Comment être complémentaire dans la détection et/ou partager des cibles pour que la CPAM et les partenaires y trouvent leur compte ?

Cette dernière question est d'ailleurs plus présente dans la réflexion institutionnelle des partenaires que dans celle, plus quotidienne, des professionnels pratiquant concrètement la détection. Bien souvent d'ailleurs, la difficulté à répondre à cette question, à imaginer donc des cibles « partagées » ou « complémentaires » qui permettraient au système PFIDASS de présenter, aux yeux de certains partenaires, des avantages clairs pour leurs intérêts propres et des possibilités d'actions complémentaires et/ou supplémentaires concernant leurs publics et leurs cibles d'action quotidiennes, bien souvent populationnelles et/ou territoriales, empêche les partenaires de se lancer concrètement dans la détection :

« Pourtant c'est certainement par la pratique… Il faut aussi s'appuyer sur les référents dans chaque institution », Partenaire, Agent de direction, Conseil départemental.

Le fait de ne pas se lancer et donc de ne pas expérimenter la détection gênent en retour la détermination de ce que peuvent concrètement être les apports de cette pratique, mais également plus globalement de la PFIDASS, pour les partenaires et la perception des possibles articulations avec leur activité quotidienne. Dans ce contexte, la détection demeure pensée comme un potentiel poids et/ou une surcharge pour les professionnels des organismes partenaires et non comme une activité qui peut constituer un apport pour les professionnels et générer, *in fine*, des bénéfices pour les publics des organismes partenaires.

Nous l'avons dit, certains partenaires détecteurs procèdent au repérage par téléphone auprès de personnes les ayant déjà sollicités pour obtenir une aide. Si cela permet d'inscrire la détection dans les activités courantes, ce faisant, l'idée sous-jacente est également de « canaliser » les déclarations de renoncement et, par la même, de trier les personnes en fonction de la « réalité » de leurs besoins, comme l'indiquent le verbatim ci-dessus :

« Après on n'a pas de point en agence pour accueillir les personnes pour ça mais je pense que c'est pas plus mal parce que ça filtre vraiment les personnes qui veulent. C'était l'idée. Sinon on aurait énormément de demandes sans aboutissement, là les gens ont déjà fait une démarche, ça leur demande au moins un petit effort. Et je pense que ça veut dire que les gens vraiment ils ont besoin. C'est un signe d'alerte. Si on détectait à l'accueil, je crois que les gens diraient un peu facilement qu'ils renoncent mais sans vraie raison. Y aurait que des renonçants, je pense que ce serait trop simple », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

On voit à travers ce verbatim que le fait que la personne fasse le premier pas vers l'organisme pour demander une aide est pensé comme un « gage » de l'existence d'un besoin de soin, mais aussi comme un élément pour juger de la motivation par rapport à la prise en charge de ce besoin. La conclusion tirée au final est que la personne « mérite » d'être aidée puisqu'elle a « vraiment » besoin et qu'elle a déjà fait d'elle-même un bout du chemin.

Il est particulièrement intéressant de souligner que ce qui peut, pour certains détecteurs, être interprété comme une manière de canaliser la sur-déclaration du renoncement est, pour d'autres, pensé comme un angle mort du dispositif PFIDASS qui empêche précisément de voir les situations de renoncement les plus graves. Ainsi pour certains médecins des CES, le fait que les personnes soient venues d'elles-mêmes à l'accueil de la CPAM et/ou aient répondu à une invitation pour faire un bilan de santé, signifient certes qu'elles sont dans une démarche active par rapport à leurs soins, mais donc en parallèle que ce ne sont pas ces personnes qui auraient le plus besoin d'être aidées par rapport à leur renoncement :

« En fait, souvent la réponse des personnes est : « oui j'ai des difficultés à l'accès aux soins par contre je suis en train d'entamer des démarches auprès de la Sécurité sociale et c'est ce qui m'a amené dans

cette consultation » (…). Moi par exemple, les patients que je voyais en cabinet libéral et ceux que je vois en CES ont une démarche tout à fait différente. L'examen de santé se place déjà comme une démarche positive, active du patient vers sa santé alors qu'en cabinet les gens arrivaient en me confiant leur santé et c'est presque moi qui devais me débrouiller avec ça. Les gens qui viennent pour un examen de santé, ils ont une préoccupation ou ils ont envie de faire un check-up. J'ai l'impression qu'il y a un énorme biais de recrutement concernant les gens qu'on voit. La participation des gens c'est la base des comportements en santé. Moi je ressens beaucoup ce biais, le fait que les personnes aient été orientées vers nous et soit venues, je crois qu'on ne voit pas ceux qui ont le plus besoin de nous. Ces personnes-là, elles sont à l'accueil de la Sécu justement pour entamer des démarches par rapport à la CMU, à l'ACS donc je crois que ça fausse la détection par la PFIDASS », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Ainsi, le fait qu'une personne ait été détectée en renoncement parce qu'elle est venue d'elle-même vers une institution sanitaire ou sociale et/ou parce qu'elle a répondu à une sollicitation de celle-ci signale selon l'interviewé ci-dessus, et comme c'est le cas pour le précédent détecteur, un positionnement qualifié d'actif par rapport aux soins et à la santé, mais le conduit *in fine* à dire que le repérage ne se fait pas auprès des bonnes personnes puisqu'il est effectué auprès de celles qui sont déjà d'une certaine manière en contact avec le système sanitaire et social. Le premier détecteur en arrive quant à lui à la conclusion inverse.

En prenant un peu de distance par rapport aux verbatim et en les mettant en perspective par rapport à d'autres extraits des entretiens dont ils sont issus, on comprend que ces distinctions entre « vrais » et « faux » renonçants, entre « sur » et « sous » détection, renvoient globalement à la manière dont la captation du renoncement prend forme au travers d'un système tel celui de la PFIDASS. La réflexion porte parallèlement sur les moyens de faire émerger le renoncement lorsque les personnes paraissent complètement le nier ; le verbatim qui suit traduit ce dernier point :

« Je me demande s'il n'y a pas des personnes qui ne se posent même pas la question de certains soins. C'est même pas qu'elles ont renoncé mais c'est même pas quelque chose qui les concerne », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

2.7. Le besoin des détecteurs externes et internes « hors les murs » d'être accompagnés.

Dans cette perspective, les détecteurs réfléchissent aux stratégies qu'ils peuvent mettre en place pour aider les personnes à « dire » le renoncement et aux indices auxquels, tout comme les détecteurs « accueil » de la CPAM, il leur semble important d'être attentifs :

« Dans nos bilans on évalue la précarité des personnes et il y a une question qui est : est-ce que vous avez du mal à payer vos factures ? Et quand la réponse est positive, j'ai tendance à questionner sur le renoncement », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Plus globalement, tous les détecteurs externes et internes « hors les murs » rencontrés disent s'interroger individuellement sur la mise en œuvre très concrète du repérage, par exemple sur le moment le plus opportun pour parler du renoncement avec les personnes et sur les mots à employer :

« Il faudrait peut-être que je pose la question du renoncement après la synthèse que je fais des éléments médicaux qui ont été listés par d'autres que moi, dentistes, infirmiers… Parce que moi je pose la question au moment de l'interrogatoire de la personne sur sa situation, sa santé… Je me dis qu'annoncer qu'il y a un problème auditif et proposer qu'il y a cette solution, ça serait peut-être

intéressant. Peut-être que je dois poser la question plus directement : est-ce que vous pensez pouvoir le faire ? », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Du côté des professionnels de santé détecteurs, comme d'autres d'ailleurs, l'interrogation par rapport au repérage est également d'une autre nature ; il existe, semble-t-il une crainte de « créer » des besoins de soins chez les personnes. La ligne entre « aider la personne à percevoir ses besoins et à les mettre en mots » et « lui souffler ses besoins » est, selon certains, par exemple le médecin ci-dessous, étroite :

« C'est difficile de me mettre à la place de la personne en essayant de lui vendre un soin qui va être cher, j'ai peur de créer des besoins de santé chez les personnes, ça me paraît bizarre », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

« Après, il faut faire face aux besoins, ne pas en créer sans avoir des réponses à apporter », Partenaire, Agent de direction, Conseil départemental.

Finalement, à travers l'ensemble de ces questionnements relatifs au fait de « sur-détecter » ou de « sous-détecter », de passer à côté des « vrais » renoncements tout en détectant peut-être les « faux », on touche là l'un des nœuds de l'entrée par le renoncement aux soins : la captation, la qualification et la prise au sérieux des besoins des personnes comme point de départ de l'action. On retrouve en outre, à travers ces interrogations individuelles, des aspects de la détection et du renoncement qui ont déjà été abordés à plusieurs reprises en Comité d'analyse PFIDASS notamment.

Le fait que certains acteurs aient rejoint le travail réalisé sur le renoncement et commencé la détection plus tardivement que d'autres peut notamment expliquer que de telles questions se posent encore. Il ressort ainsi des entretiens que, malgré les formations à la détection, tous les détecteurs n'ont pas un « *background* » équivalent concernant le renoncement et l'approche des difficultés d'accès aux soins à partir de ce qu'en disent les personnes. Les interprétations faites du renoncement, de ses causes, des publics concernés par le phénomène et de leurs comportements restent, actuellement encore, différentes, en fonction notamment des représentations individuelles et/ou institutionnelles et des pratiques professionnelles des acteurs impliqués dans la PFIDASS.

2.8. L'intérêt de travailler en « réseau d'échange de pratiques ».

Conscients de manquer peut-être de quelques clefs de lecture concernant le renoncement, mais aussi concernant les actions que peut engager la PFIDASS et sa manière de conduire les accompagnements suite à la détection, les détecteurs externes rencontrés expriment, pour la plupart, leur envie d'être informés, de temps en temps, sur les évolutions dans le fonctionnement de la PFIDASS et d'échanger avec d'autres détecteurs sur la pratique du repérage, sur les situations de renoncement rencontrées et/ou détectées et sur les suites qui peuvent être données :

« Je trouverais utile d'échanger avec d'autres sur la détection, pas seulement sur ça d'ailleurs mais sur tout ce dont on a parlé ensemble dans cet entretien… Le renoncement, ce que fait la PFIDASS… Parce que d'en parler, ça m'a été utile. Je pense aussi que travailler à partir de cas pratiques, ça pourrait être bien », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Il semble que des échanges entre détecteurs, en présence pourquoi pas d'acteurs plus directement impliqués dans l'accompagnement vers les soins conduit par la plateforme, pourraient ainsi être pertinents. Tout comme les détecteurs « accueil » ont exprimé l'importance de temps d'information

réguliers sur le renoncement, ce dont ils ont d'ailleurs pour la plupart bénéficié et qui a permis un processus de maturation par rapport au renoncement, les détecteurs externes ou « internes mais hors accueil » évoquent leur besoin d'une information/formation « continue » pour réussir à s'approprier la question du renoncement et, par voie de conséquence, la pratique de la détection. Cela permettrait en outre d'aider certaines prises de position individuelles quant à la conduite du questionnement sur le renoncement et, par là même, d'éviter d'éventuels jugements par rapport aux personnes et à leurs besoins. Ces temps pourraient, en parallèle, permettre de (ré)expliquer certains choix faits par la CPAM concernant les cibles, les indices de renoncement ou des décisions concernant la non-pertinence de certaines saisines et de rendre le travail des accompagnants plus « palpable » par l'ensemble des détecteurs. La nécessité que tous les détecteurs comprennent bien le fonctionnement de la PFIDASS et perçoivent clairement ses possibilités d'action pour pouvoir bien jouer leur rôle de « porte d'entrée » dans la plateforme est présent dans plusieurs entretiens :

« Je vois certains obstacles chez les personnes. Par exemple, sur des éléments organisationnels. Et je me dis : « *Donc ça comment la PFIDASS peut faire ? C'est vrai que je ne vois pas comment la PFIDASS peut faire, par exemple quand il y a une problématique financière et que la personne a des droits ; qu'est-ce que ça peut apporter de plus ? Peut-être que pour ceux qui sont dedans en permanence c'est évident mais pas pour moi »,* Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Ainsi que le suggèrent les dernières phrases de cet extrait d'entretien, rendre le plus possible visible l'activité de la PFIDASS, et les actions qui peuvent constituer un accompagnement, à ceux qui ne l'ont pas en permanence sous les yeux semble majeur pour donner une forme d'assurance aux détecteurs par rapport à leur mission et pour les positionner pleinement comme des acteurs du dispositif d'accompagnement vers les soins et la santé qu'est la PFIDASS. Car une connaissance insuffisante en la matière peut freiner la détection, en particulier parce que les acteurs craignent, s'ils n'ont pas tout à fait compris ce que peut faire la plateforme, de susciter de faux espoirs chez les personnes. Les extraits d'entretiens qui suivent traduisent bien cette idée :

« Je sais que j'ouvre la porte par rapport au renoncement, mais je sais pas si je l'ouvre réellement ou pas. En étant à l'extérieur, je suis pas sûre de tout avoir bien compris. Je donne peut-être espoir à la personne mais je sais pas si finalement on l'aide ou pas », Détecteur externe, Agent administratif, Mutuelle.

A l'heure actuelle, une partie des détecteurs externes ou internes « mais hors les murs » tentent de s'accommoder au mieux avec certains doutes et questionnements afin de faire concrètement de la détection. Rares sont ceux qui ont le réflexe d'aller sur le site de la PFIDASS pour chercher de l'information et des réponses à leurs questions. Il arrive en tout cas que la difficulté à percevoir et/ou à qualifier le renoncement, la connaissance, pour certains, limitée de ce qu'est l'accompagnement PFIDASS, freinent quand même la détection :

« Toutes mes questions, mes doutes sur « est-ce que c'est du renoncement ça ? ou sur « comment je m'y prends s'ils ne veulent pas en parler ? », tout ça explique qu'en deux mois et demi, j'ai fait que deux détections. Ce sont des choses que je ne percevais pas complètement avant de commencer, donc je ne pouvais pas questionner dessus lors de la formation », Détecteur interne « hors les murs », Médecin, CES.

Comme ce détecteur l'indique, certains freins apparaissent au moment de faire de la détection. Avant de s'être concrètement lancés, les acteurs peuvent ne pas en avoir conscience. D'où l'importance pour que les détecteurs continuent à détecter, et pour que leur volume de saisines s'accroisse ou ne décroisse pas, de prévoir des temps collectifs d'échanges et d'information. D'autant que malgré les différences de statuts, de pratiques, d'appartenance institutionnelle, la plupart des détecteurs qui a

commencé à faire du repérage se pose des questions identiques concernant le renoncement, la détection et l'action de la PFIDASS qui peut en découler. Ces temps peuvent être pertinents pour faire mûrir individuellement et collectivement les choses, pour que, progressivement, la question du renoncement mais aussi la PFIDASS soit appropriée par l'ensemble des détecteurs internes et externes et que des complémentarités émergent entre le dispositif et l'action de certains partenaires :

« Et continuer à comprendre le renoncement, qui sont les personnes concernées, par exemple dans le cas de familles, les processus, ça peut permettre de trouver les complémentarités pour le ciblage par exemple », Partenaire, Agent de direction, Conseil départemental.

Un partenaire explique parallèlement en quoi les temps d'information, même informels, par des acteurs de la CPAM sont nécessaires pour « plonger » dans le renoncement et se mettre en marche dans la détection ; il reconnaît toutefois que c'est également à chaque structure de mobiliser ses détecteurs en interne, d'enclencher et de maintenir une dynamique de détection :

« La CPAM est présente pour nous informer. Les 3 signataires et moi-même nous avons réalisé plusieurs réunions de travail d'un point de vue politique pour qu'il y ait une explication générale de la PFIDASS et de ses niveaux techniques pour dire quelle serait notre plus-value dans le déploiement d'une telle politique de droit commun sur le territoire. Ce qui a été retenu c'est d'activer le réseau. Ensuite on doit mobiliser nous, relayer vers ceux qui peuvent être des détecteurs chez nous et ce n'est pas toujours évident. Ce n'est pas une question d'intérêt mais de temps, d'organisation. Mais on souhaite s'emparer de ce grand élan parce qu'on est sur des publics fragiles, de l'accès aux soins et aux droits sur le territoire. Et c'est ça qui peut être intéressant pour tous. D'abord le BRSG puis la PFIDASS, notre présence c'est aussi pour réfléchir à d'autres modalités de déploiement et de ciblage », Partenaire, Association RESEDA.

Selon les structures et organismes partenaires, en fonction des choix faits en interne, acculturer les potentiels détecteurs au renoncement et aux conditions de sa détection n'est pas forcément chose aisée. C'est par exemple le cas pour l'association RESEDA, qui bien qu'extrêmement intéressé par la PFIDASS et conscient du potentiel que représentent différents acteurs associatifs pour alimenter la plateforme, ne trouve pas nécessairement le temps pour réunir régulièrement ces potentiels détecteurs et échanger avec eux pour que le repérage puisse prendre concrètement forme. Cela obère par conséquent les possibilités de percevoir, par la mise en pratique, les apports éventuels de la détection pour les acteurs et leur intérêt à s'inscrire durablement dans le système PFIDASS.

Conclusion de partie

En interne de la Caisse primaire comme en externe, on observe une bonne réception de la démarche impulsée au travers de la PFIDASS ; sur le principe, la détection du renoncement est pensée comme nécessaire, à l'heure où la plupart des acteurs font le constat d'une difficulté à atteindre certains publics, mais également à répondre de manière « complète » à d'autres qui sont pourtant connus et en contact avec les organismes sociaux et sanitaires. Le degré d'appropriation de l'activité de détection est toutefois très différent en interne et en externe de la caisse.

En son sein, les agents d'accueils et les professionnels du CES sont ceux pour qui la détection est désormais la plus intégrée dans les pratiques quotidiennes. Cela ne veut pas pour autant dire que tous les professionnels détecteurs ont le même niveau d'adhésion à cette activité. Des résistances existent pour une partie d'entre eux ; elles peuvent porter sur les conditions – le temps, la canalisation de la durée des entretiens, les limites du rôle de détecteurs -, mais aussi sur le sens de l'activité proposée

et, plus globalement, des raisons de l'action de la Caisse primaire sur le renoncement. Tout comme cela a pu être observé concernant d'autres dispositifs d'action sur le non-recours expérimentés localement à l'initiative notamment de Centres communaux d'action sociale, la détection et l'action sur le renoncement se confrontent (encore) pour certains agents d'accueil détecteurs aux représentations sur l'assistance et sur les publics, quand elles se fixent pourtant pour enjeu de transformer les rapports aux usagers[19].

Ces réticences ne concernent toutefois pas la majorité des détecteurs et surtout peuvent être « parlées ». Echanger sur les représentations concernant les publics et le système de protection sociale emporte bien souvent une possible évolution de celles-ci et par conséquent une meilleure compréhension de certaines pratiques, activités et/ou consignes. Cela peut en outre permettre aux professionnels détecteurs internes de bien percevoir, sinon comprendre, le pourquoi de l'action sur le renoncement dans une Caisse primaire. Ce dernier point est majeur. S'agissant du service Social de la Caisse primaire, la détection peut être freinée par certaines questions et/ou incompréhensions concernant l'accompagnement – sa nature, ses principes -proposé et réalisé par les agents de la PFIDASS, par une crainte aussi que les frontières entre l'activité des uns et celle des autres ne soient pas respectées et/ou en amont clairement définies. C'est donc parfois la « méconnaissance » de la forme prise par l'action sur le renoncement qui empêche en amont la détection.

Les différences de degré d'appropriation et/ou d'adhésion renvoient également au fait que tous les détecteurs internes (et externes *a fortiori*) n'ont pas intégré le dispositif de la PFIDASS au même moment et que tous n'ont pas reçu une formation équivalente, ni participé aux mêmes temps d'information concernant la question du renoncement et les modalités concrètes de la détection.

Pour les détecteurs externes et internes « hors les murs » et, plus généralement, pour les structures partenaires, le degré d'appropriation de la détection est extrêmement divers. Nous n'avons pu rencontrer qu'une petite partie d'entre eux en entretien ou lors de temps d'observation participante, mais des indices captés lors d'échanges avec les uns et les autres viennent corroborer deux idées :

- Pour les détecteurs externes et internes « hors les murs », la réflexion sur le renoncement et la pratique de la détection peuvent avoir un impact positif sur la manière de se représenter les besoins sociaux et participer à ce qu'ils prennent concrètement la mesure de certains d'entre eux, et ce en particulier lorsqu'ils font le pas de se lancer concrètement dans la pratique de la détection ;
- La détection externe ne peut concrètement prendre forme que si le système PFIDASS présente des avantages pour les intérêts propres des partenaires et apportent des possibilités d'actions complémentaires et/ou supplémentaires concernant leurs publics.

Dans ce cadre, la détermination de cibles « partagées » qui, d'une part tiennent compte de ce que sont les cibles d'action « ordinaires » des structures/organismes partenaires afin que celles de la détection PFIDASS ne s'y surajoutent pas et, d'autre part, permettent une action complémentaire/supplémentaire de la PFIDASS et des partenaires concernant les publics ciblés, semble nécessaire. Les doutes, les hésitations, les questionnements de la plupart des partenaires sur les cibles, actuelles ou à déterminer, peuvent suggérer des difficultés à « qualifier » le renoncement, mais renvoient certainement davantage à des points de vue différents sur les priorités de l'action en termes de populations, mais aussi de territoires.

[19] Warin Philippe, 2014, « L'action sur le non-recours devant des résistances du travail social », *Revue française des affaires sociales*, 2014/1, n°1-2, pp. 64-77.

Derrière cela, tout comme derrière les craintes de certains partenaires concernant les frontières de l'activité des uns et des autres, on entrevoit l'idée selon laquelle l'orientation politique et le positionnement de la démarche PFIDASS au niveau territorial ne peuvent être produits de façon univoque et centralisée, et ce bien que la CPAM soit reconnue comme un pivot légitime et compétent pour le pilotage opérationnel de la plateforme. Si le *système* PFIDASS est perçu par les partenaires comme étant solidement piloté et dirigé, certains pointent en revanche une insuffisante orientation de la *démarche* du point de vue de la « politique territoriale d'action sanitaire et sociale ». Ils ne renvoient d'ailleurs pas cette insuffisance, ni la responsabilité de cette orientation, unilatéralement vers la CPAM et peuvent imaginer y contribuer dans une instance qui pourrait par exemple être un Comité d'orientation stratégique pluri-partenarial de la PFIDASS ; le verbatim suivant esquisse cela :

« L'idée c'est que quand le premier bilan, l'évaluation sera faite un peu de tout ça, quand on verra bien un petit peu ce que ça donne comme pistes, comme dynamiques d'évolution, peut-être envoyer la balle à toutes les personnes autour de la table, dans une instance un peu politique, pour voir comment chacun peut de sa place en faire aussi quelque chose. Est-ce que qu'on garde une approche départementale générale ou par sous-territoires, si c'est ça lesquels on choisit ? Mais dans toute cette réflexion chaque institution doit être présente et valorisée pour créer du sens partagé », Partenaire, Agent de direction, Conseil départemental.

PARTIE 2.

ACCOMPAGNER VERS LA REALISATION DES SOINS DANS LE CADRE DE LA PFIDASS : UN ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF QUI NECESSITE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE « RELATION DE SERVICE ».

Le système PFIDASS est constitué de deux blocs principaux, nous l'avons dit ; ils ne fonctionnent pas indépendamment l'un de l'autre, mais s'articulent étroitement. Le premier bloc est relatif à la détection du renoncement : elle est la porte d'entrée dans la plateforme, celle qui peut permettre aux personnes repérées comme étant en renoncement et dont la situation répond aux critères d'inclusion d'être accompagnées administrativement vers la réalisation de leur(s) soin(s). Le second bloc est donc relatif à cet accompagnement : une fois la PFIDASS saisie par les détecteurs sanitaires et sociaux concernant des situations de renoncement et la pertinence des saisines confirmées, le travail d'accompagnement peut s'amorcer. Il est actuellement réalisé par 5/6 agents ETP et peut prendre différentes « teneurs » en fonction de son degré :

- Degré 1 : le renoncement relève exclusivement d'une problématique d'accès aux droits ;
- Degré 2 : le renoncement relève d'une difficulté d'accès aux droits et d'un besoin de guidance dans la compréhension des droits, dans les démarches à réaliser, ou dans l'orientation dans le système de soins ;
- Degré 3 : le renoncement relève d'un besoin de guidance dans l'accès aux droits et aux soins et d'une problématique financière qui ne peut être résolue par les droits uniquement ;

Cette partie du rapport a été réalisée à partir des entretiens effectués avec 3 accompagnants et 2 conseillers de la PFIDASS en octobre et décembre 2015, ainsi qu'en mobilisant des informations recueillies lors de temps d'observation participante auprès des 4 conseillers de la PFIDASS en février et avril 2015.

1. DE LA MISE EN EXERGUE DE BESOINS DE GUIDANCE, A LA MISE EN PLACE D'UNE OFFRE GRADUEE D'ACCOMPAGNEMENT VERS LES SOINS.

En 2014, le BRSG a permis de faire divers constats quant au renoncement aux soins dans le Gard. Certains d'entre eux ont contribué à jeter les bases du dispositif PFIDASS.

1.1. Le BRSG et la mise en lumière de besoins de guidance dans l'accès aux droits et aux soins.

Le Baromètre a pointé divers obstacles, notamment financiers, dans l'accès aux soins. Mais il a parallèlement souligné des manques en termes de guidance[20]. En effet, il est apparu au travers du BRSG qu'une partie importante de la population repérée, assez diverse dans ses caractéristiques sociodémographiques mais aussi au regard des parcours sociaux et trajectoires de vie, rencontre des difficultés pour entrer ou rester dans un parcours de soins. D'une part, les personnes ne parviennent pas toujours à trouver par elles-mêmes les réponses à certains de leurs besoins de soins, par manque d'information, d'explications, à cause de difficultés d'orientation vers les professionnels de santé pertinents et/ou encore à cause de moyens financiers insuffisants. Ces manques peuvent se combiner. D'autre part, face aux difficultés engendrées par ces manques et souvent leur cumul, il est ressorti que bon nombre de personnes ne présente pas une autonomie suffisante pour entreprendre et conduire les démarches nécessaires et ne trouvent parallèlement pas de soutien suffisant du côté des acteurs administratifs ou sociaux et des professionnels de santé.

Dans ce contexte, de nombreuses personnes rencontrées en entretien dans le cadre du BRSG se sont dites perdues dans leurs démarches par rapport à la protection maladie et aux soins. Certaines restaient par exemple en dehors de leurs droits à la CMU C ou à l'ACS par méconnaissance ; d'autres avaient tenté de les faire valoir mais avaient abandonné en cours de route, du fait notamment de multiples incompréhensions. Une partie des personnes sans complémentaire n'avait quant à elle pas réussi à souscrire à un contrat ; pour d'autres les démarches étaient en cours mais les personnes n'arrivaient pas à les faire aboutir. Etre davantage informées, bénéficier d'explications, être incitées à réaliser telle ou telle démarche pour réduire leurs restes à charge, être orientées vers un professionnel de santé pouvant prendre en charge leur besoin de soins, être guidées dans certains choix, notamment concernant leur protection complémentaire, voici quelques-uns des besoins que les personnes en renoncement ont exprimé lors des entretiens qualitatifs réalisés dans le cadre du BRSG.

La notion de manque de guidance renvoie ainsi au manque de vigilance, d'incitation et d'accompagnement de la part des professionnels de santé comme des professionnels de l'administratif et du social. Le manque de guidance n'agit pas seul au sens où il paraît d'autant plus peser comme raison du renoncement que les personnes qui disent le subir, par ailleurs manquent de discernement. C'est bien aussi cela qu'a pointé le BRSG. Elles n'ont apparemment pas les ressources cognitives et/ou relationnelles suffisantes pour avoir une idée claire de leurs besoins et maîtriser par elles-mêmes leurs parcours de soins ainsi que l'ensemble de leurs démarches administratives. Aussi, doit-on intégrer

[20] Odenore, 2014, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* »
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

cette notion de *manque de discernement* si l'on veut percevoir au mieux les conditions dans lesquelles le manque de guidance se fait ressentir[21].

L'attention portée aux notions de « manque de discernement » et de « manque de guidance » dans les travaux sur le renoncement aux soins dans le Gard a joué sur les orientations générales de la PFIDASS. L'offre graduée d'accompagnement qui caractérise la plateforme tient en effet compte de cette réalité pour prévenir les difficultés à l'origine du renoncement. La complexité du phénomène du renoncement, du fait de la diversité des raisons, a suffisamment été remarquée pour que la PFIDASS ne se présente pas comme une réponse générale et systématique. Il a été clairement dit, dès le rapport sur le Baromètre aux soins dans le Gard (BRSG), que nous sommes face à des raisons qui se conjuguent souvent, sur lesquelles les acteurs n'ont pas nécessairement la possibilité ni la capacité d'intervenir. « *Quels acteurs directement concernés par le phénomène du renoncement aux soins, seuls ou en partenariat, peuvent améliorer les situations professionnelles, garantir davantage de ressources, produire des solidarités, stabiliser des trajectoires personnelles, redonner une estime de soi, etc. ?* » (p.45). En revanche, la PFIDASS se présente comme un dispositif de guidance plus ou moins renforcée pour permettre aux personnes, en tenant compte de leurs capacités et de leurs difficultés, de réaliser leurs soins, en réduisant notamment le manque de discernement et/ou en apportant des financements complémentaires pour compenser un manque de solvabilité devant des restes à charge dissuasifs.

Selon les situations à traiter, la PFIDASS peut ainsi proposer une information, des explications, une orientation, une prise en charge financière « unilatérale », un montage financier spécifique et coordonné... Dans tous les cas, la plateforme s'assure de la présence de droits maladie de base et complémentaire et met en œuvre, si besoin, des actions pour en ouvrir aux personnes ou pour les rendre plus adaptés à leurs besoins. Autant d'actions qui, mises bout à bout, ont vocation à permettre la réalisation des soins détectés initialement comme renoncés.

Le dispositif de la PFIDASS est donc hybride au sens où il articule, en fonction des situations, une offre de services et une offre d'aides financières. Cette spécificité permet de dire que la PFIDASS introduit dans l'offre générale, réglementaire, de la CPAM une proposition nouvelle aux assurés sociaux qui sont repérés en situation de renoncement aux soins. Cette proposition est nouvelle puisqu'elle n'existait pas auparavant, mais au-delà du truisme elle est nouvelle car elle introduit, en plus des logiques habituelles d'assurance et d'assistance qui structurent historiquement l'action de l'Assurance maladie, une autre logique d'intervention qui pourrait s'apparenter à celle de l'aide sociale. De manière générale, l'aide sociale regroupe *« un ensemble de prestations en nature ou monétaires constituant une obligation mise à la charge des collectivités publiques par la loi et qui sont destinées à faire face à un état de besoin pour les bénéficiaires dans l'impossibilité d'y pourvoir »*[22]. La PFIDASS semble pouvoir entrer dans cette définition même si elle relève non pas d'une collectivité publique mais d'un organisme social. Elle propose en effet un ensemble de prestations en nature (information, explication, conseil, incitation) et monétaires (articulation d'aides financières pour le paiement de frais de soins), qui tend à trouver son institutionnalisation, non pas par la loi, mais dans le cadre de la démarche PLANIR voulue par l'Assurance maladie.

En distinguant les trois niveaux d'intervention de la PFIDASS, on peut considérer que la nouveauté du dispositif va même bien au-delà de la logique de l'aide sociale à laquelle il peut, en première intention, être référé. En effet, la PFIDASS ne propose pas uniquement une contribution au financement de soins

[21] Odenore, 2014, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* » https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

[22] Borgetto Michel, Lafore Robert, 2012, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 8ème éd., Paris, Précis Domat, Montchrestien éditions, p. 84.

à des assurés qui font face à des obstacles financiers, et ne se limite pas, loin s'en faut, à l'ouverture de droits à une prestation d'assistance du type CMU-C lorsqu'il s'avère que le renonçant peut y être éligible. La PFIDASS appelle, nous l'avons dit, à travailler globalement sur les besoins de guidance de personnes en manque de discernement, de manière à rendre effectif leur accès aux droits maladie et aux soins. Bien que diverses actions d'accompagnement aient vu le jour depuis quelques années dans le cadre du PLANIR, la mise en œuvre d'un accompagnement administratif global qui entre par la porte du renoncement aux soins et a vocation à permettre la réalisation de ceux-ci est une nouveauté dans une institution comme l'Assurance maladie dont la fonction centrale demeure la mise en œuvre de dispositifs réglementaires de solidarité en fonction de la contribution ou de la situation financière des personnes. La nouveauté de la PFIDASS est donc là également, sinon principalement.

Parce que l'Assurance maladie se pense comme un acteur, avec d'autres, du droit à la santé (« Assureur solidaire en santé »), elle est nécessairement concernée par la question de l'accès effectif aux droits et aux soins et a vocation à répondre aux besoins de guidance des assurés. La réponse institutionnelle consiste à proposer aux personnes en renoncement un accompagnement différencié et individualisé au sein duquel plusieurs actions peuvent se combiner. Alors que le premier niveau d'accompagnement revêt principalement un caractère technique visant l'ouverture ou l'ajustement de la protection maladie de base et complémentaire et ne s'inscrit en général pas dans la durée, quoique ce ne soit pas toujours le cas, le deuxième et le troisième niveaux font davantage appel à une logique particulière - celle de la relation de service - pour lever successivement tous les obstacles qui parsèment les parcours vers les soins et, si besoin, élaborer un montage financier pour limiter le reste à charge des personnes.

1.2. De la guidance à l'accompagnement.

En s'appuyant sur les définitions des verbes *guider* et *accompagner*, on voit bien dans quelle mesure *guidance* et *accompagnement* sont des notions voisines, mais qui ne renvoient cependant pas à des réalités tout à fait similaires. Cet exercice de définition n'est pas inutile pour bien comprendre en quoi le terme *accompagnement* est peut-être plus adapté pour décrire le travail qui se met en place dans le cadre de la PFIDASS auprès des personnes détectées en renoncement aux soins.

Au sens propre, *guider* signifie *« Montrer le chemin, la route à suivre » ;* au sens figuré, *il s'agit de « conseiller quelqu'un, l'aider à prendre des décisions »*[23]. Dans ces deux acceptions, le verbe guider exprime bien des aspects de l'activité des agents de la PFIDASS : pour certains assurés, ils montrent par exemple le chemin vers les droits en les informant de leur existence, pour d'autres ils prodiguent des conseils pour les aider à choisir un organisme complémentaire ou à obtenir une aide financière et contribuent ce faisant à leur prise de décisions. Au sens propre comme au sens figuré donc, le verbe *guider* peut effectivement décrire une partie de l'activité de la PFIDASS.

Accompagner désigne le fait de « s*e joindre à quelqu'un pour le suivre et/ou le guider »*, d'*« aller quelque part avec quelqu'un »*[24]. En premier lieu, ce verbe donne davantage à entendre une relation entre deux entités et le fait d'avancer ensemble vers une destination, là où le verbe *guider* dénote quant à lui d'un rapport quelque peu asymétrique entre « celui qui guide » et « celui qui suit ». Le terme d'accompagnement permet ainsi de signifier plus nettement que le travail de la plateforme se déploie dans le cadre d'une interaction entre un assuré porteur de besoins particuliers et faisant face à des difficultés spécifiques et un agent de l'Assurance Maladie disposant d'une « boîte à outils » pour

[23] Larousse numérique, 2016.
[24] Larousse numérique, 2016.

répondre à ces besoins et lever ces difficultés. Il réintègre pleinement l'assuré et lui donne un rôle potentiellement autre que celui de « suiveur » dans le chemin à parcourir. Le terme *accompagner* est également intéressant dans la mesure où il sous-entend, qu'au travers de cette relation et du chemin à parcourir ensemble, une destination est en ligne de mire. Dans le cadre de la PFIDASS, l'objectif *initial et principal* est la réalisation du ou des soins renoncé(s), mais ce sont aussi le renforcement de l'autonomie des personnes dans leurs démarches par rapport aux droits maladie et aux soins et, si possible, la modification des comportements en matière de santé dans le sens d'une prise en charge plus active des personnes par elles-mêmes qui sont visés. Il existe donc, en quelque sorte, des objectifs *additionnels et complémentaires*[25].

C'est bien parce que la PFIDASS s'est donnée également pour objectif *« de favoriser l'autonomie de l'assuré et de le rendre acteur de sa santé »*[26] qu'une guidance qui consisterait « juste » à indiquer le chemin et à prodiguer des conseils ne semble pas suffire et qu'un accompagnement administratif, laissant toute sa place à l'assuré et tenant pleinement compte de ce qu'il est, paraît nécessaire. L'accompagnement a une tonalité moins prescriptive et une vocation à faire participer la personne accompagnée à la transformation souhaitée. En parlant d'accompagnement, l'idée que l'intervention de la PFIDASS entend permettre le recours aux soins des personnes en les impliquant le plus possible dans la conversion *renoncement-levée du renoncement*, tout en cherchant à renforcer leurs capacités de discernement pour que, par la suite, elles puissent cheminer seules vers leurs soins et que, dans la mesure du possible, elles agissent différemment en matière de santé, est plus présente.

Dans ce cadre général, il est évident que l'une des conditions pour que les objectifs initiaux/principaux et additionnels/complémentaires soient réalisés est que l'accompagnement prenne différentes teneurs en fonction de l'assuré en présence, de son degré d'autonomie, de son implication. C'est bien parce que, *« l'accompagnement est une aide qui apporte des savoir-faire, des connaissances et des légitimités qui font défaut* [aux personnes] *pour accéder aux droits, aux biens, aux services* [et qu'] *il est (…) une médiation, en circulant entre le monde de la personne et le monde social pour construire les passerelles nécessaires entre offre et demande »,*[27] qu'il prend, à chaque fois, une coloration particulière.

Comme l'indique cette définition, l'accompagnement, même administratif, part du monde de la personne, de sa situation, de ses besoins, de ses difficultés, pour lui construire des passerelles vers le monde du social et ici du sanitaire ; bâtir ces passerelles nécessite par exemple que l'accompagnant informe la personne pour la doter de connaissances supplémentaires concernant les droits maladie, les tarifs des consultations et les alternatives en matière d'offre de soins, renforce autant que faire se peut sa compréhension de tous ces points en lui apportant des explications, mais également lui apporte des conseils sur certains outils utiles dans son parcours vers les soins – par exemple le Compte Améli – et/ou l'autorise à utiliser « la carte de visite » PFIDASS pour légitimer certaines de ses demandes - par exemple dans le cas de la négociation d'un devis auprès d'un professionnel de la santé.

Dans le cadre de la PFIDASS, c'est en premier lieu la fonction habituelle de l'accompagnement qui est attendue, à savoir *« l'organisation des relations entre une personne qui ne sait pas comment faire et des institutions,* […] *en débrouillant le maquis des réglementations, facilitant les contacts, donnant à*

[25] Notons d'ailleurs qu'initialement, on parlait de la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins (PFIDAS) ; le second « s » a été ajouté quelques mois plus tard pour parler de la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS).

[26] Extrait du diaporama diffusé dans le cadre du séminaire de lancement de l'expérimentation nationale PFIDASS.

[27] Mégevand Francie, 2005, « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique », in Ballain René, Glasman Dominique, Raymond Roland (dir.), *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale (1980-2005)*, Grenoble, PUG, pp. 191-192.

l'occasion des cartes de visite aux personnes qui ne peuvent se mouvoir seules »[28]. Effectivement, les accompagnants sont amenés à répondre à ce que P. Warin a appelé des besoins de guidance en matière d'accès aux droits et aux soins ; ils distillent pour ce faire des conseils aux personnes, leur fournissent des explications pour les aider à se débrouiller au mieux avec la complexité administrative, les orientent vers des professionnels de santé pour réaliser des devis et/ou les mettent en contact direct avec des acteurs du social pour faire avancer la constitution d'un dossier d'aide ou l'ouverture d'une couverture maladie complémentaire.

Ce faisant, les accompagnants tentent d'organiser de manière renouvelée le rapport qu'entretiennent les personnes avec les institutions des champs sanitaire et social et de lever, par là-même, les obstacles qui gênent aujourd'hui et peuvent gêner demain leur accès et leur recours aux soins. Il s'agit non seulement pour eux de lever les obstacles qui jalonnent l'accès aux soins, mais bien aussi d'impliquer les personnes dans la levée de ces obstacles et donc dans la construction d'une réponse à leurs propres besoins.

Finalement, on peut dire que pour répondre aux besoins actuels de guidance des personnes tout en les rendant plus autonomes dans leur accès aux droits et aux soins pour l'avenir, il s'agit de passer par un accompagnement administratif différencié et individualisé, qui engage et implique ces personnes le plus possible.

Dans une approche plutôt « personnaliste », les acteurs de la PFIDASS considèrent en outre s'adresser à des personnes capables – malgré leurs difficultés – de faire des choix pour elles-mêmes. En ce sens, aucun des 3 niveaux d'accompagnement ne peut *a priori* prendre forme sans tenir compte de qui est la personne, de quelles sont ses difficultés et ses ressources au sens large. On peut parallèlement supposer que l'intervention de la PFIDASS ne peut se concrétiser et atteindre les objectifs souhaités sans une adhésion libre et un engagement de la personne concernée tout au long du processus. En ce sens, l'un des points clefs de l'accompagnement est la nécessaire attention portée, tout au long de sa mise en œuvre, à la construction de l'assentiment de la personne mais aussi à la potentielle fluctuation de son engagement.

Même si les actions à mettre en œuvre sont de nature administrative, on comprend aisément que l'accompagnement PFIDASS revêt une dimension relationnelle forte. A partir du moment où il ne s'agit pas « seulement » d'ouvrir des droits ou d'apporter une aide financière à l'assuré, mais bien également de convertir le renoncement en non-renoncement et de transformer le rapport entretenu par les personnes avec le système d'assurance maladie et de santé, pour faire en sorte que les personnes soient plus autonomes et pour atténuer leur manque de discernement, les compétences à mettre en œuvre par les agents chargés d'accompagner changent assez radicalement et relèvent de ce que nous avons qualifié ci-dessus de « relation de service ».

[28] Mégevand Francie, 2005, « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique », in Ballain René, Glasman Dominique, Raymond Roland (dir.), *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale (1980-2005)*, Grenoble, PUG, pp. 191-192.

1.3. La « relation de service » où la combinaison d'actions techniques et d'une dimension relationnelle dans les accompagnements.

La logique de la relation de service n'est pas forcément la plus communément mobilisée dans une Caisse primaire[29]. Aussi convient-il de l'expliciter quelque peu de façon à comprendre sur ce plan la spécificité de la PFIDASS et, du coup, à pouvoir apprécier son fonctionnement et ses résultats. Un très bref rappel de la notion de relation de service peut ainsi être utile, même si de nombreux travaux à l'étranger puis en France l'ont présentée et commentée.

Comme nous l'avons indiqué récemment[30], la notion de relation de service a été théorisée par le sociologue américain Erving Goffman dans son étude des interactions à l'hôpital[31], après qu'un autre professeur de sociologie de l'Université de Chicago, Everett Hughes, l'ait introduite dans les années 1950 pour souligner l'intérêt sociologique des métiers de service[32]. Reprenant ces travaux précurseurs, Goffman envisage la relation de service comme une opération de transformation : une relation de service vise à produire par un prestataire (A), en relation avec un usager (B), une modification d'une réalité (C) qui concerne ce dernier. On voit bien que le travail mis en œuvre dans le cadre de la PFIDASS peut correspondre à cela : l'agent PFIDASS, en relation avec un assuré, tend à modifier la situation par rapport à un soin, et plus globalement aux soins, de cet assuré détecté initialement comme étant en renoncement.

L'innovation de Goffman consiste à « *introduire une dimension relationnelle dans le cours même de la prestation, là où on peut rendre compte de la production de biens en en faisant abstraction* »[33]. Partant de cette définition, la relation de service va être modélisée en France par des économistes, au rang desquels Jean Gadrey et d'autres à la suite de Peter Hill[34], qui la présentent comme une triangulation entre le prestataire, l'usager et les besoins qui les font se rencontrer[35]. Ce schéma d'analyse est important à avoir en tête car il indique que le prestataire doit faire face à deux dimensions : les besoins de l'usager et la relation de l'usager à ses besoins. Ainsi, la relation de service est-elle pour l'agent prestataire à la fois un « rapport technique », de définition des besoins des assurés et de mobilisation de ressources, d'outils, pour y répondre, et un « rapport personnel », visant l'implication de l'usager dans la production de la réponse à ses besoins.

Là encore, on voit que dans le cadre de la PFIDASS, cette triangulation existe : l'accompagnement met en relation un agent de la plateforme et un assuré et place, au cœur de cette relation, les besoins de soins non satisfaits de l'assuré. L'agent a donc vocation à tenir compte à la fois de l'assuré – situation

---

[29] Revil Héléna, 2014, « Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel », thèse de doctorat, Université de Grenoble.

[30] Warin Philippe, 2016, « Pourquoi le modèle de la relation de service ne permet pas d'analyser le non-recours », *Vie Sociale*, à paraître.

[31] Goffman Erving, 1961, *Asylums*, New York, Anchor Books.

[32] Cartier Marie, 2005, « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold », *Le Mouvement Social*, n° 211, pp. 37-49.

[33] Ughetto Pascal, 2013, « L'enjeu paradigmatique de la relation de service au sein de la sociologie du travail », *La Nouvelle Revue du Travail*, n° 2, en ligne, p.3.

[34] HILL Peter, 1977, "On Goods and Services", *The Review of Income and Wealth*, vol. 23, n° 4, pp. 315-338.

[35] Gadrey Jean, 1992, *Economie des services*, Paris, La Découverte.
Gadrey Jean, 2000, "The Characterization of Goods and Services: an Alternative Approach", *The Review of Income and Wealth*, vol. 46, n° 3, pp. 369-387.

administrative en matière de protection maladie, caractéristiques socio-économiques, capacités de discernement, degré d'implication - et de ses besoins – type de soins renoncés, obstacles rencontrés par rapport à ceux-ci. En ce sens, l'intervention de la PFIDASS est donc constituée de deux niveaux ou plutôt tend à se déployer sur deux registres :

- Le premier registre – qui s'ancre notamment sur la prise en compte des raisons du renoncement, sur la situation socio-économique du renonçant et sur le bilan de ses droits – est un rapport technique aux besoins de l'assuré, dont la finalité est la « mise à disposition » par les accompagnants de ressources et d'outils accessibles et existants pour permettre aux assurés de réaliser les soins manquants.
- Le deuxième registre – qui s'élabore à partir d'indices permettant de déterminer les capacités de discernement, l'autonomie de la personne et la teneur de son engagement – est un rapport personnel et relationnel, dont la finalité est le renforcement de l'autonomie (présente et future) de l'assuré dans les démarches d'accès aux droits et aux soins et par rapport à sa santé.

Tenant compte de ces deux registres, le sens même de la relation de service se comprend au regard des compétences professionnelles qu'elle engage et combine. C'est d'ailleurs pour cela que sur le plan de la recherche, le modèle de la relation de service a contribué pour une part au renouvellement de la sociologie du travail[36]. Un renouvellement singulier à la France alors même que les sociologies britannique et américaine ont analysé le travail dans les services sans la relation de service[37].

Pour les agents d'une Caisse primaire, renforcer l'autonomie des personnes dans leurs parcours vers les droits et les soins, mais aussi dans la prise en charge de leur santé, n'impliquent pas les mêmes compétences professionnelles que l'ouverture de droits. D'un côté, les compétences techniques sont premières pour apporter par exemple la bonne information ; de l'autre, des compétences relationnelles et la capacité à percevoir le rapport entretenu aux droits et aux soins par les personnes, en termes par exemple de motivation et d'autonomie, sont également nécessaires pour rendre les personnes autonomes dans leurs parcours vers/dans les droits et les soins.

Dans ces conditions, « l'efficience productive »[38] de la PFIDASS dans la mise en œuvre des différents niveaux d'intervention et plus spécifiquement dans les niveaux 2 et 3 peut, sinon doit, être appréciée dans la mise en œuvre par les agents des compétences professionnelles attendues dans le modèle de la relation de service (compétences technique ET relationnelle). Le dispositif dont nous parlons étant encore dans sa phase de constitution et d'expérimentation, il est parallèlement important de s'intéresser à l'acquisition de ces compétences dans le processus même d'apprentissage du dispositif par les professionnels concernés.

La spécificité de la PFIDASS est en outre qu'elle place les accompagnants en interaction directe et plus durable que d'ordinaire avec des assurés, mais aussi avec des partenaires de différentes natures. Si concernant les interactions avec les assurés, il s'agit de renforcer leurs compétences relationnelles afin notamment qu'ils se positionnent à la juste distance, s'agissant des échanges avec les partenaires, l'important est certainement de consolider le plus possible certaines compétences techniques, de manière à légitimer leur parole. L'enjeu surplombant est bien d'assurer les capacités des agents

[36] Joseph Isaac, Jeannot Gilles (dir.), 1995, *Métiers du public*, Paris, Editions du CNRS.

[37] Ughetto Pascal, 2013, op. cit.

[38] Le critère d'efficience productive compare les actes mis en œuvre avec les ressources engagées. Cf. Knoepfel Peter *et al.*, 2006, *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Zürich, Verlag Rüegger, chapitre 10.

PFIDASS à se positionner par rapport à ces deux entités - les assurés et les partenaires – de manière à rendre l'accompagnement le plus efficace possible au regard de ses différents objectifs.

2. AU CŒUR DE L'ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF PFIDASS : LE POSITIONNEMENT DES ACCOMPAGNANTS PAR RAPPORT AUX ASSURES ET AUX PARTENAIRES.

Les entretiens montrent que les agents PFIDASS trouvent de l'intérêt à leur activité parce que celle-ci les amène à interagir à la fois avec des assurés et avec divers professionnels du sanitaire et du social. Ils ont cependant conscience de l'importance de se positionner de manière appropriée par rapport aux uns et aux autres afin de réussir à mener à bien leurs objectifs. Ils reconnaissent que l'interaction avec différentes personnes et professionnels peut aussi, parfois, être source de « difficultés » :

« A partir du moment où on travaille sur de l'humain, il y'a forcément quelque chose qu'on maîtrise pas. Parfois on a beau tenter des choses, les personnes sont un peu butées et après on se dit « bon là j'arrive au bout de ce que je peux proposer » », Accompagnant 1.

2.1. Le positionnement par rapport aux assurés où la question de la distance.

Comme dans tout accompagnement, la question de la place accordée à la personne accompagnée est majeure ; nous rejoignons ici des éléments déjà esquissés s'agissant des détecteurs mais qui méritent d'être creusés dans la mesure où le rapport qui s'établit entre les agents chargés des accompagnements et les assurés qui bénéficient de ceux-ci est souvent plus durable. Les agents évoquent cet enjeu de positionnement et de distance. Ils perçoivent parallèlement avec acuité la double dimension de leur travail, à la fois technique et relationnelle, et indiquent, concernant cette seconde dimension et pour la plupart d'entre eux, faire confiance à leur intuition :

« C'est moitié administratif avec instruction de dossiers, moitié contact avec les gens. On fait plus ou moins toujours les mêmes choses, mais les assurés sont tous différents donc forcément ça change tout. Même si on a le même accompagnement pour deux personnes, la personne qu'on va avoir en face de nous est différente. On a une relation différente et on aborde le dossier différemment. Il faut arriver à se mettre au bon niveau avec les gens, il faut être un peu intuitif et faire confiance à ça. Sur le relationnel, j'ai pas eu de formation, c'est plus par rapport à mon expérience professionnelle et pis de part ma façon d'être, on va dire. Je suis à l'aise avec les gens, je suis à l'écoute. En fait, on m'a expliqué ce qu'il fallait faire plus dans l'aspect technique que dans l'aspect relation », Accompagnant 1.

« En fait, on n'a quand même pas beaucoup d'arriérés à la PFIDASS pour nous dire il faut procéder de cette façon-là, du coup ça nous laisse libres un peu dans nos actions, ce qui est une chance à la CPAM, donc je fais au feeling », Accompagnant 2.

Certains des agents d'accueil devenus accompagnants expliquent s'appuyer également sur des formations reçues quand ils occupaient leurs anciennes fonctions pour se positionner auprès des assurés et se tenir à la « bonne » distance :

« Avant, j'ai fait de l'accueil ; c'est très épuisant mais aussi intéressant et formateur. Ça donne une vision globale de la Sécu qui permet ensuite de s'adapter à des postes comme ceux de la PFIDASS et de savoir se comporter avec les assurés », Accompagnant 3.

Pour gérer la part relationnelle des accompagnements, les appuis des uns et des autres en fonction de leur passé professionnel peuvent ainsi être différents. Tous les accompagnants disent, en tout cas, apprécier fortement ce qu'ils nomment le *« rapport privilégié »* aux personnes et l'installation d'une interaction avec elles dans la durée. Dans les entretiens, c'est d'ailleurs principalement de cela dont ils parlent :

« Ce que j'aime c'est qu'on nous apporte l'assuré à la PFIDASS et ensuite on peut le suivre. Cette touche où on doit l'accompagner du début à la fin. Les assurés dans le cadre de la PFIDASS sont privilégiés. C'est une autre dimension. A l'accueil, on était en quelque sorte une boîte aux lettres, on enregistrait la demande de l'assuré, on répondait à quelques questions et voilà c'était terminé », Accompagnant 2.

« A l'accueil, le temps manquait. J'aimais le contact avec le public mais on n'allait pas au fond des choses ; il n'y avait pas de suivi. Maintenant, je peux faire le suivi de A à Z, l'accompagnement c'est une idée que je partage. C'est un boulot innovant à la Sécu qui permet de nouer ce rapport privilégié », Accompagnant 3.

La partie technique du travail réalisé auprès des assurés paraît poser moins de questions :

« Après on n'a pas non plus un éventail de solutions démesuré à leur proposer, notre panier d'actions à faire, c'est toujours un peu la même chose après on pioche et on va moduler par rapport à la situation de l'assuré », Accompagnant 1.

S'ils évoquent plus spécifiquement la dimension relationnelle des accompagnements, c'est peut-être aussi parce que les agents PFIDASS perçoivent que de ce rapport « particulier » aux assurés peuvent découler certaines difficultés, par excès d'empathie concernant certains assurés, par volonté d'emmener, à tout prix parfois, les personnes le plus loin possible en ce qui concerne la prise en charge de leur santé, parce qu'ils se sentent d'une certaine manière responsable « du destin » des personnes accompagnées :

« C'est difficile pour ma part de leur dire « j'ai pas d'outils pour changer durablement cette situation ». C'est dur de voir qu'on ne peut pas aller au-delà… Donc quand est-ce qu'on s'arrête ? », Accompagnant 2.

La dimension relationnelle de l'accompagnement emporte un travail de rencontre avec l'assuré, ses difficultés, ses besoins, ses ressources qui mobilise fortement les ressources personnelles de l'agent et lui demande de faire en outre appel à son empathie. La difficulté est que cette rencontre, et la nécessaire empathie qui en découle, si elle renferme une certaine idée de la personne comme étant et « devant » être actrice de son accompagnement administratif, peut aussi et en même temps conduire à sa « mise de côté ».

A. La nécessité de protections pour l'agent et de « pare-subjectivité ».

Tout au long de la mise en œuvre des accompagnements en effet, la dimension relationnelle nécessite, de la part des agents, d'avoir de l'empathie ; il s'agit pour eux d'entendre et d'écouter les besoins des personnes, sans toutefois les confondre avec les leurs ; c'est notamment pour cela qu'il est important que les agents soient en capacité de mettre le plus à distance possible leur propre rapport aux soins et à la santé ainsi que leurs jugements personnels concernant les comportements en santé et/ou le système de soins. Si les accompagnants ont à mobiliser leurs ressources personnelles pour « rencontrer » l'assuré, ils doivent, toutefois et autant que faire se peut, laisser en dehors de cette rencontre ce qu'ils sont et qui les fondent en tant qu'individu.

Ce faisant, c'est bien le glissement de l'empathie vers la sympathie qu'il convient ici aussi de prévenir. La première renvoie *« à la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent »*[39]. La seconde quant à elle se définit comme une *« bienveillance, une disposition favorable envers quelque chose ou quelqu'un »* - et peut également signifier *« la participation à la joie et à la peine d'autrui »*[40]. Si l'empathie est indispensable pour injecter une dimension relationnelle dans les accompagnements, la sympathie peut quant à elle jouer des tours aux agents et les amener à ne plus être en capacité de se mettre à bonne distance des assurés. La bienveillance envers les personnes accompagnées est bien entendu un point de départ fondamental pour l'action. Cependant, il peut être utile pour les accompagnants de réfléchir à ce qui, chez eux, crée une disposition plus favorable à l'égard de certains assurés et les amène à se surinvestir pour certains et à moins s'investir pour d'autres :

« C'est dur de se mettre des limites, surtout pour certains ; je sais que parfois j'outrepasse mes limites, pour ce jeune j'ai déjà fait bien au-delà de sa santé, J'ai fait quand même pas mal de choses, l'assuré je l'ai relancé pendant mes congés… J'ai du mal à clôturer, tous les jours je me dis à voix haute que je vais le faire mais j'ai du mal, je le fais pas. Je me dis donc qu'une fois que la direction m'aura rappelé à l'ordre, je le ferais », Accompagnant 2.

« Après on est humain, y a des gens qu'on a plus envie d'aider que d'autres… J'essaie vraiment de positionner un cadre aux accompagnements, de dire « voilà on peut faire ça », Accompagnant 1.

Il est clair que l'investissement des accompagnants est, généralement, fonction de celui de la personne qu'ils ont en face d'eux. Mais parfois ce principe est battu en brèche par une distance trop réduite avec l'assuré. Dans la majeure partie des cas toutefois, c'est la logique de la contrepartie ou du donnant-donnant qui prédomine. Tous les agents en ont parlé lors des entretiens ;

« En fonction de l'investissement de la personne en face, ça donne plus au moins envie de travailler sur le dossier, franchement je l'avoue. Parce qu'on doit faire les choses nous et l'assuré ou plutôt l'assuré et nous. Moi je fais vraiment tout ce qu'il faut mais à l'assuré d'être un minimum responsable, c'est donnant-donnant. Le dernier pas, en général c'est à eux de le faire », Accompagnant 1.

« Et je fais aussi prendre conscience à l'assuré qu'il a une part de responsabilité », Accompagnant 2.

On retrouve ici l'idée du contrat ; il est toutefois important que ce contrat soit passé entre l'Assurance Maladie et les assurés et posent les règles institutionnelles de l'accompagnement. En faisant cela, on évite que la contractualisation ne s'établisse uniquement entre un agent et un assuré et que les points d'ancrage de l'accompagnement soient unilatéralement relatifs à ce que la personne renvoie, par exemple, à l'accompagnant de lui-même. C'est la question de la « vision-miroir » dont nous avons parlé s'agissant des détecteurs, qui si elle peut être utile dans une certaine mesure pour écouter et prendre en considération les besoins et les difficultés de l'assuré, peut également conduire les accompagnants à un surinvestissement, à ne plus tenir compte de l'assuré et/ou à être très affectés par la non-atteinte de certains objectifs.

Au moment de l'accompagnement, la sympathie peut en outre sembler être une bonne solution ; elle peut par exemple permettre d'obtenir l'adhésion des personnes et créer un climat d'accompagnement agréable ; encore une fois, ce que la sympathie contient de bienveillance est à garder, les personnes accompagnées le signifient d'ailleurs avec force. Nous le verrons plus loin dans ce rapport. Tout comme le « donnant-donnant », la bienveillance peut ainsi être l'un des grands « principes » de

[39] Larousse numérique 2016.
[40] Larousse numérique 2016.

l'accompagnement et concerner en ce sens toutes les personnes de la même manière. Et non certaines plus que d'autres.

Mais, ce que la sympathie compte de participation à la peine et à la souffrance de l'autre, est certainement à canaliser pour protéger les agents sur le long terme, pour éviter aussi qu'ils ne suscitent chez les assurés des attentes par rapport à l'Assurance Maladie et à l'ensemble de ses agents auxquelles celle-ci, en tant qu'institution, ne pourrait pas nécessairement répondre. Si pendant longtemps, l'institution de l'Assurance Maladie s'est tenue ou a tenu trop éloigné d'elle ses publics[41], supprimer complètement cette distance entrainerait potentiellement d'autres écueils, en particulier celui de l'épuisement des agents ou de la création, chez les assurés, d'attentes impossibles à assouvir.

L'attachement particulier des accompagnants à certains assurés ou aux personnes accompagnées en général peut notamment se traduire par le fait que conseillers et accompagnants expriment clairement leur non-envie de « se passer le relais » concernant un même accompagnement, comme l'exprime un conseiller :

« Après parfois j'ai plus de nouvelles, je sais pas si ça se passe bien … Il y a cette question de la confiance, d'un lien de confiance avec les personnes… Et bon disons-le clairement, j'aime pas donner mes dossiers et mes assurés », Conseiller 1.

On peut s'arrêter quelques instants sur ce point du passage de relais, qui existait initialement au sein de la PFIDASS entre conseillers et accompagnants pour une partie des accompagnements et qui est certainement voué à disparaître. Cette distinction entre conseillers et accompagnants est intéressante car elle montre bien que la double compétence nécessaire à la réussite des accompagnements avait, dès le départ, été perçue. Elle avait toutefois été distribuée entre deux types d'intervenants : les « conseillers PFIDASS » qui étaient auparavant des agents du service CMU et étaient, à ce titre, tout particulièrement porteurs de compétences techniques et les « accompagnants PFIDASS » initialement recrutés en externe et desquels des compétences « relationnelles » préexistantes étaient en premier lieu attendues. Initialement, les conseillers avaient vocation à intervenir dans le cadre des accompagnements de degré 1 et 2 et sur certaines actions en matière de droits concernant le troisième degré d'accompagnement. Les accompagnants se positionnaient, quant à eux, principalement sur le degré 3 mais avaient notamment besoin de faire appel aux compétences techniques des conseillers pour les ouvertures de droits CMUC et ACS. Plusieurs intervenants pouvaient ainsi être amenés à intervenir auprès d'un même assuré.

Ce passage a parfois pu entraîner des réticences liées au fait *« de donner ses assurés »* et donc de ne plus maîtriser la suite de leur prise en charge ; il a parallèlement pu créer des flous dans les limites d'action des uns et des autres et, possiblement, avoir un léger impact sur la durée de certains accompagnements. A l'heure actuelle, cette distinction a été atténuée et a certainement vocation à disparaître. Peu à peu, il est en effet assez nettement apparu que tous les agents pouvaient concilier dimension technique et relationnelle dans les accompagnements, à condition toutefois que les compétences sur ces deux plans soient renforcées en fonction de celles initialement plus ou moins présentes. Le recrutement au sein de la PFIDASS d'agents d'accueil de la Caisse primaire a peut-être conforté l'idée qu'un même professionnel peut être porteur des deux types de compétences et donc mettre en œuvre une relation de service auprès des assurés.

Il ressort en outre des entretiens avec les personnes accompagnées par la PFIDASS qu'être en contact avec un interlocuteur unique les sécurise et leur donne envie de s'investir. Ce point sera approfondi

[41] Revil Héléna, 2014, « Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel », thèse de doctorat, Université de Grenoble.

dans la partie 3 de ce rapport. Notons tout de même que, lorsqu'ils ont eu à changer d'interlocuteur, les assurés déclarent que leur accompagnement s'est poursuivi dans des conditions tout à fait fluides et satisfaisantes de leur point de vue. Lors des entretiens, les personnes accompagnées qui ont eu affaire à plusieurs agents PFIDASS soulignent aussi la bonne circulation des informations entre les membres de l'équipe.

On peut ainsi se demander si le passage de relais n'est pas plus déstabilisant pour les agents que pour les assurés. Ce qui pourrait signifier une relation parfois trop étroite et/ou pensée comme trop exclusive du côté des agents en tout cas. Dans cette perspective, on peut en outre se demander si le passage de relais n'a parfois pas quelques vertus, en particulier celles de canaliser les dimensions parasites d'une trop grande proximité avec les assurés et de permettre une réintégration de la distance nécessaire à la réussite des accompagnements. Il peut en outre permettre de poser un double regard sur la situation des assurés, sur la qualification de leur autonomie et de leur « motivation » par exemple. Le passage de relais serait alors une sorte de « protection » pour les agents et les assurés, un « pare-subjectivité » aussi. Autant de choses qui peuvent aussi exister, dans une logique d'interlocuteur « référent », à travers le regard de l'encadrement sur les accompagnements et les temps d'échange en équipe.

B. *Déterminer une distance initiale concernant la relation à l'assuré en fonction notamment du degré d'autonomie.*

La grande force des accompagnements menés au sein de la PFIDASS, tout du moins ce qui est considéré comme particulièrement important du point de vue des assurés, mais aussi du point de vue des accompagnants, est la place donnée à la singularité de chaque personne et de chaque situation :

« Accompagner, qu'est-ce que c'est ? Tout dépend de la personne que j'ai en face de moi, c'est du cas par cas », Accompagnant 1.

« On essaie de s'adapter par rapport à ce que la personne nous dit, ce qu'elle est. Dans l'ensemble, on a l'impression d'aider vraiment les gens. On le sent. En fonction des besoins, on les informe sur des choses qu'ils ne connaissent pas. On donne des explications sur comment ça fonctionne. Parfois ce sont des choses « graves » mais faciles à régler : pas de carte vitale problème de mise à jour d'un compte, particulièrement pour les jeunes. Ils ne sont pas renseignés », Conseiller 1.

C'est cela qui permet de déployer un accompagnement différencié et individualisé, plébiscité d'ailleurs par les personnes accompagnées. Nous le verrons dans le chapitre suivant. Le travail réalisé auprès de, et avec chaque, assuré a trois points d'appui initiaux :

- La qualification de l'autonomie des personnes ;
- La captation de leur « motivation » ou de leur volonté à s'impliquer dans l'accompagnement ;
- La définition des actions « techniques » à mettre en œuvre, tenant compte du bilan des droits, de la situation administrative des personnes et du/des besoins de soin non satisfaits ;

Ces trois « piliers » permettent de déterminer le degré d'accompagnement et d'élaborer le plan des actions qui vont constituer celui-ci. En fonction de ce degré et des actions à mettre en œuvre, le dosage de la part technique et de la part relationnelle de l'intervention n'est pas identique. Il est assez clair que la dose de l'une ou de l'autre varie dans le cas d'un accompagnement de degré 1, qui nécessite principalement une ouverture de droit et éventuellement l'explication de son usage à la personne, ou d'un accompagnement de 3ème degré auprès d'une personne peu autonome dans ses démarches et

nécessitant plusieurs actions dont le montage d'une prise en charge financière des soins. Le positionnement initial par rapport à l'assuré est parallèlement différent. La détermination du contenu de l'intervention et du positionnement initial s'édifie donc par une réflexion, à la fois sur les besoins de soins et les obstacles rencontrés par les personnes dans l'accès à ceux-ci et donc sur les actions techniques à mettre en œuvre pour les lever (actions pour attribuer et faciliter l'usage des droits, actions pour élaborer des montages financiers, actions pour améliorer l'orientation dans le système de soins), mais aussi par une réflexion sur les capacités de discernement des personnes concernant l'accès aux droits et aux soins et sur leur motivation à s'impliquer dans l'accompagnement et de manière liée sur le positionnement à adopter par rapport à l'assuré. On voit que ce sont aussi certaines caractéristiques individuelles ou comportementales des personnes qui sont prises en compte et qui servent de point d'appui à l'action :

« C'est qui est la personne que je prends aussi en compte… Si je sens qu'elle est complètement perdue, je dis vraiment qu'elle peut m'appeler, que si elle a des questions, elle peut me les poser, que s'il faut prendre des RDV, monter des dossiers, je peux le faire ou qu'on va faire tout ça ensemble, qu'elle n'est pas seule et qu'on va y arriver ensemble. J'essaie de les mettre dans un petit cocon. Pour certains. Pour d'autres, il y en a qui sont complètement autonomes, ils ont juste besoin d'être orientés, on leur parle de nos partenaires, du fait qu'ils peuvent solliciter tel ou tel organisme. Y'a des personnes qui me disent « non mais c'est bon, je m'en occupe, pas de problème ». Je leur demande de me tenir informé pour l'évolution et le suivi du dossier. Donc c'est vraiment au cas par cas. Mais ceux qui sont vraiment au plus mal, on va dire moralement, la plupart cumule un peu les difficultés sans parler que de la santé donc à force de faire des démarches, des démarches, ils se noient avec la tonne de papier qu'ils ont à remplir donc je leur dis que par rapport à leur santé, je vais les décharger un peu », Accompagnant 1.

Déterminer le contenu technique de l'accompagnement est une chose. Définir la teneur de la partie relationnelle, en déterminant notamment la distance appropriée en fonction de ce que les accompagnants captent de l'autonomie des personnes et de leur « motivation », peut être plus compliqué. Par là-même, si l'encadrement valide les plans d'accompagnement et donc la partie technique de ceux-ci, il est pour celui-ci plus difficile de percevoir la nature de la relation instaurée par les agents avec les personnes accompagnées et de percevoir en quoi la qualification faite de l'autonomie et de la volonté de s'impliquer des personnes est « juste ».

Qualifier l'autonomie et la motivation renvoie nécessairement à des normes et relève ainsi d'une forme de jugement. Si ces exercices sont profondément normatifs, ils sont toutefois incontournables lorsque l'on tend non pas seulement à ouvrir des droits et à délivrer des aides, mais aussi d'une certaine manière à « travailler les comportements » des assurés pour que ceux-ci procèdent à l'avenir différemment. Il ressort en tout cas des entretiens que les agents PFIDASS ont du mal à expliquer ce sur quoi ils s'appuient pour qualifier l'autonomie des personnes et leur motivation et à quelles normes ils se réfèrent en la matière. Ils disent le faire principalement de manière « intuitive », en s'appuyant éventuellement sur des informations fournies sur ce point par les détecteurs dans la fiche de repérage et sur leur « ressenti » lors du premier contact téléphonique avec les personnes :

« En général, j'ai déjà une visibilité de l'autonomie comme du reste dès la saisine on va dire, je me fais une première idée sans avoir connaissance de tous les critères ou sans avoir la personne au téléphone… Pour l'avenir, moi je pense qu'il faudrait vraiment mettre l'accent sur les détecteurs aussi parce que parfois on a des saisines qui sont peu compréhensibles. Parfois on a très peu d'informations et c'est compliqué pour appeler les gens et se faire une idée sur qui ils sont, quelles sont leurs problèmes », Accompagnant 1.

« Moi je pense qu'on peut juger de l'autonomie de la personne dès le premier appel et de sa motivation surtout. A ce moment-là, si je vois que la personne est très réceptive par rapport à tout ce que je lui demande, je lui explique, à ce moment-là je la laisse faire des démarches. Si j'ai une personne qui n'est pas du tout apte à comprendre ce que je lui demande, à faire les démarches, là je prends les devants sans hésitation », Accompagnant 3.

Lors des échanges qui ont eu lieu durant les temps d'observation participante, les agents nous ont expliqué ne se référer, au cours de l'accompagnement, que rarement au degré d'autonomie défini au démarrage de celui-ci, que ce soit par eux ou par un collègue. Certains disent en outre réévaluer cette autonomie quasiment à chaque interaction avec les personnes. Le verbatim qui suit l'évoque :

« Je pensais que cette personne était plutôt autonome pour faire ces démarches par rapport à sa complémentaire. Et c'était le cas… Mais je me suis rendu compte que demander des choses aux médecins, c'était pas évident, c'est comme si par rapport à eux, elle était complètement perdue. En plus, c'était pas vraiment qu'elle y comprenait rien mais qu'elle osait pas demander. On aurait dit qu'elle savait même pas que ça pouvait se faire. Il a fallu que je lui dise comment légitimer ses demandes pour la rendre plus autonome sur ce point », Conseiller 2.

Cet extrait d'entretien souligne avec beaucoup de force le travail permanent qui consiste à « jauger » les capacités des personnes à être autonomes dans leur parcours vers les droits et les soins. Ici, on voit que l'autonomie de la personne à « se débrouiller » dans ses démarches par rapport aux droits et par rapport aux soins n'est pas identique. Elle paraît davantage perdue dans le système de santé que dans le système de protection sociale. Si l'agent a pu dès le démarrage de l'accompagnement poser la nécessité d'actions pour ouvrir des droits et pour utiliser le système de soins, il lui était peut-être plus difficile de toucher du doigt les difficultés spécifiques de discernement de cette personne par rapport au système de soins. Ceci d'autant plus que ces difficultés ne semblent pas tant être liée à des incompréhensions mais à un sentiment d'illégitimité à demander quoi que ce soit « de financier » à un professionnel de santé. On voit ici que la manière dont l'autonomie de la personne a été captée initialement a induit certaines actions, mais que la réévaluation de cette autonomie en cours de route a rendu nécessaire des actions complémentaires de la part de l'agent (dans le cas présent, en matière d'orientation dans le système de santé et d'explication pour légitimer certaines demandes de l'assuré auprès des soignants).

Cela montre toute la complexité de ce type d'exercice pensé trop souvent comme « naturel » ou complètement intuitif et explique peut-être en parallèle l'incomplétude de cette information dans l'outil informatique OGEDAS ; incomplétude qui obère malheureusement la possibilité de mobiliser cette donnée, pourtant majeure, dans l'analyse de l'action de la PFIDASS. La qualification de l'autonomie qui doit théoriquement être un « pilier » de l'accompagnement et un point d'ancrage du positionnement à adopter par rapport à la personne est finalement très mouvant. Ceci est d'une certaine manière rassurant au sens où le degré d'autonomie initialement établi n'est pas « enfermant » pour les assurés et permet de procéder à « du travail d'orfèvre » en ce qui concerne les actions conduites. D'un autre côté, il devient difficile, sinon impossible, de percevoir dans quelle mesure l'un des objectifs de la PFIDASS, à savoir de renforcer l'autonomie des personnes dans l'accès aux droits et aux soins, est atteint.

C. La nécessité de définir des critères pour qualifier le degré d'autonomie ?

Pour réaliser ces opérations de requalification de l'autonomie des personnes, les agents ne doivent en tout cas pas relâcher leur vigilance s'agissant de ce à quoi ils se réfèrent. Il est nécessaire de souligner

que plus les accompagnements avancent, plus les agents connaissent les personnes. Ceci est certainement encore plus prégnant concernant l'évaluation de la motivation des personnes. Les extraits d'entretiens montrent que, dans certains cas, les accompagnants peuvent être tentés de trouver des excuses à certains assurés qui ne s'investissent pas, là où avec d'autres ils paraissent plus sévères en cas de non-investissement et peuvent même aller jusqu'à clôturer l'accompagnement :

« Autant pour certains je fais le strict minimum parce que j'estime que la personne n'a pas envie d'y mettre du sien, autant pour d'autres qui sont pas mal en galère en termes de santé, je sais que c'est pas uniquement de leur faute s'ils ne prennent pas contact avec moi par exemple », Accompagnant 1.

« C'est malheureux en plus parce que c'est un jeune, j'ai même contacté le dentiste vers lequel je l'avais orienté pour savoir s'il avait réalisé ces soins, le praticien m'a conforté dans mon idée que l'assuré ne lui paraissait pas du tout motivé, réceptif et que ce jeune n'avait pas envie de se soigner pour le moment. J'ai quand même retenté, j'ai laissé à nouveau un message cette semaine. J'arrive pas à clôturer. C'est vrai que pour d'autres quand ils ne s'investissent plus, j'arrête plus vite », Accompagnant 3.

Nous voyons à nouveau bien à travers cet exemple que le travail relationnel qui prend forme dans les accompagnements s'appuie sur une réorganisation quasi-permanente du rapport entre des normes, par exemple celles de l'autonomie dans les démarches d'accès aux droits et/ou aux soins, de la motivation à s'impliquer dans les démarches, et des écarts par rapport à ces normes. Dans ce contexte, échanger collectivement sur quelques critères communs à prendre en compte pour qualifier l'autonomie (estimation de l'autonomie « cognitive » - capacité à comprendre par exemple une information administrative -, estimation de l'autonomie « mobilité » - capacité des personnes à se déplacer pour faire des démarches -, etc.) et éventuellement la motivation peut être utile et permettre d'éviter des jugements appuyés sur des valeurs et des normes individuelles. Prendre en compte ce que les personnes font ou ne font pas, ce qu'elles paraissent ou non capables de mettre en place par rapport à leurs droits et aux soins, ne doit en outre pas conduire les agents, en fonction de leurs normes propres, à inférer, chez elles, tel ou tel trait général de personnalité, par exemple celui de ne pas être autonome ou de ne pas être motivée ; certains échanges durant les temps d'observation signalent que parfois la ligne est étroite entre « juger de l'autonomie dans l'accès aux droits et aux soins » et « juger de l'autonomie de la personne en général » :

« Enquêteur : *C'est pas évident de dire si une personne est autonome par rapport aux soins, à ses démarches ?* – Agent PFIDASS : *« On voit bien quand même que certains n'ont jamais été autonomes, pour ça et pour tout le reste »*, Conseiller 1.

En qualifiant l'autonomie, en jaugeant la motivation, il ne s'agit en effet pas d'attribuer une valeur « absolue » aux personnes ; certains accompagnants l'expliquent très bien :

« C'est pas parce qu'ils sont dans la difficulté par rapport aux soins qu'il faut penser qu'ils sont bons à rien et dire : « vous prenez ce qu'on vous donne et c'est tout », Accompagnant 1.

L'objectif est bien de se donner, d'un point de vue administratif, une idée de leurs capacités à être autonomes dans l'accès et l'usage de leur protection maladie et du système de soins et à agir en la matière et de déterminer par rapport à cela ce que peut être l'apport de la PFIDASS et ses leviers d'action. Si au bout du compte, le renforcement de l'autonomie « administrative » et « médicale » par le passage dans le dispositif PFIDASS peut venir étayer plus globalement la confiance qu'ont les personnes dans leurs capacités à être autonomes, la plus-value de l'action n'en est que plus grande. Il s'agit bien de travailler sur l'autonomie des personnes par rapport au système de protection maladie et de santé, tout en faisant l'hypothèse que le renforcement de celle-ci peut avoir des effets plus larges.

Et c'est bien aussi la possibilité de réaliser les soins qui peut contribuer à accroitre l'autonomie des personnes dans leur vie quotidienne. La plupart des agents PFIDASS en a bien conscience :

« On n'est pas là pour les accompagner dans la société mais on y contribue par la santé », Accompagnant 1.

Lorsque l'on se concentre sur les personnes, leur singularité, leurs caractéristiques individuelles pour intervenir auprès d'elles et lorsque parallèlement l'objectif est de « travailler sur leurs comportements », le risque de la moralisation ou de la culpabilisation n'est toutefois jamais totalement absent. La logique « d'internalité » au travers de laquelle il s'agit de faire prendre *« conscience* [aux assurés accompagnés] *qu'ils sont un peu les acteurs des situations rencontrées, qu'ils sont a minima responsables de leurs agissements »*[42] (p. 75) peut avoir, bien involontairement, pour effet pervers de culpabiliser les personnes mais aussi de les faire douter de leurs capacités à s'en sortir. Certains mots peuvent notamment être interprétés différemment par les agents et par les assurés.

Dans cette perspective, il ne s'agit pas de mettre dans la bouche des agents chargés des accompagnements des argumentaires préconçus. Le fait qu'ils emploient des mots simples, qu'ils parlent avec les assurés comme ils parleraient avec toute autre personne participe certainement de la réussite des accompagnements. Un temps d'échange collectif peut cependant être pertinent pour évoquer le fait que la dimension relationnelle des accompagnements, l'appui pris sur la singularité des situations et la recherche de l'accroissement de l'autonomie des personnes, mais aussi de la modification des comportements individuels par rapport aux soins et en matière de santé, emporte forcément un risque de moralisation voire parfois même de culpabilisation des personnes. Même si les échanges avec les agents PFIDASS montrent leur grande vigilance sur ce point, ce risque est néanmoins perceptible dans un entretien réalisé avec un accompagnant qui nous expliquait avoir tenu le discours suivant à un assuré :

« Je lui dis que ce ne sera pas à chaque fois qu'il aura cette opportunité-là, que s'il ne saisit pas sa chance, il ne l'aura plus, que je la donnerai à d'autres. Je veux lui faire prendre conscience que dans le futur, il n'aura peut-être pas ces services là pour l'aider. Qu'en tant que jeune qui habite sur un territoire où ce service existe, d'essayer de lui montrer que c'est une chance, que c'est à lui de faire ses démarches. En plus il a des parents qui ne parlent pas très bien le français donc je lui ai dit que c'est à lui de prendre la relève, de les aider », Accompagnant 3.

Echanger collectivement sur certains risques liés à la dimension relationnelle forte des accompagnements et ancrer institutionnellement la qualification de l'autonomie à travers quelques critères communs peuvent être des points d'appui pour consolider encore davantage l'orientation des personnes vers les trois degrés d'accompagnement et pour renforcer l'efficacité potentielle de ceux-ci. Borner *a minima* les choses d'un point de vue institutionnel peut en outre éviter la sur-mobilisation de représentations personnelles dans la mise en œuvre des accompagnements. Ce faisant, il s'agit de limiter la désinstitutionalisation des représentations[43] et de permettre à chaque agent d'intervenir sur les problèmes d'accès aux soins en référence moins à ses propres représentations et normes personnelles en la matière, qu'aux représentations et aux normes définies par l'institution et le collectif.

---

[42] Namian Dahlia, « Psychologisation ou singularisation ? L'intervention sociale au temps de l'accompagnement », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, n° 1, 2011, p. 58-89 ; http://id.erudit.org/iderudit/1005233ar

[43] Lima L., Trombert C., 2011, Synthèse des résultats intermédiaires du projet expertise sur autrui – Équipe Fonds d'Aide aux Jeunes, Document de travail, Paris, CNAM.

D. Un positionnement qui peut être amené à évoluer tout au long de l'accompagnement.

Si les agents déterminent, au démarrage de l'intervention, un positionnement par rapport à chaque personne, en fonction notamment de ce qu'ils perçoivent de son discernement, il ressort des entretiens que ce positionnement initial est amené à évoluer au cours des accompagnements, en particulier lorsque ceux-ci durent plusieurs semaines ou mois. La durée moyenne des accompagnements finalisés (de la date de la saisine à la fin du plan d'accompagnement de la PFIDASS - soins réalisés ou en cours -) est connue pour 309 accompagnements ; elle est de 98,57 jours (cf. tableau ci-dessous)[44]. Ce peut être le cas lorsque le manque de discernement est finalement plus important que ce que l'accompagnant avait perçu au départ, mais aussi quand des changements dans la vie des personnes viennent impacter leurs possibilités de s'impliquer dans le travail effectué avec la PFIDASS.

Durée des accompagnements finalisés - soins réalisés	**Effectifs**	**%**
0 à 15 jours	45	14,56
15 jours à 1 mois	27	8,74
1 à 2 mois	54	17,48
2 à 3 mois	51	16,51
3 à 4 mois	44	14,24
4 à 5 mois	24	7,77
5 à 6 mois	18	5,83
6 à 7 mois	10	3,24
7 à 8 mois	14	4,53
8 à 9 mois	4	1,29
9 à 10 mois	9	2,91
10 à 11 mois	4	1,29
11 à 12 mois	2	0,65
12 à 13 mois	1	0,32
+ de 13 mois	2	0,65
TOTAL	**309**	**100**

Il faut bien le souligner : le positionnement par rapport aux assurés n'est jamais acquis une fois pour toute ; il fluctue, en premier lieu, d'un accompagnement à l'autre ; mais il peut aussi bouger tout au long de l'accompagnement d'une même personne.

La dimension relationnelle de l'accompagnement emporte de telles fluctuations. Travailler en relation avec un autre expose les accompagnants aux changements que connaissent les assurés dans leur vie,

[44] Informations fournies par la CPAM du Gard, provenant de l'analyse de la base de données PFIDASS à la date du 12 février 2016.

au fait que parfois l'accumulation des problèmes est telle que l'implication dans l'accompagnement engagé par la CPAM peut être reléguer à l'arrière-plan :

« Parfois, ça marche pas. Les personnes peuvent se démotiver en cours de route. Ce n'est pas la bonne période pour eux, j'essaie de relancer. De faire différemment. Mais je ne peux pas les prendre par la main sans arrêt. Ça arrive que des personnes abandonnent : beaucoup de problèmes qui se cumulent, problèmes dans leur famille… ça fait trop ! », Accompagnant 2.

« Donc je sais qu'on nous parle souvent des délais d'accompagnement qui sont souvent trop longs mais après on n'est pas les seuls à avoir des contacts avec les assurés, ils ont leur vie, leur travail, leur famille, d'autres problèmes à régler. Des problèmes qui arrivent pendant l'accompagnement des fois. Et nous on ne le sait pas toujours. Donc même si la santé c'est important, ils n'ont pas que ça à gérer non plus », Accompagnant 1.

Dans sa dimension relationnelle, l'accompagnement administratif conduit dans le cadre de la PFIDASS peut s'inspirer, d'une certaine façon, d'une démarche clinique : celle-ci n'est pas l'application pure et simple d'un savoir ou de consignes, même si des savoirs et des règles la portent. Elle est plutôt, en premier lieu, une attention permanente à l'autre, singulier, semblable et différent, qui ne saurait se résumer à un « cas ». C'est par cette attention portée aux personnes lors de chaque contact que les agents PFIDASS peuvent réévaluer, si nécessaire, le degré d'autonomie et/ou déceler des changements, la survenue d'événements qui peuvent « mettre à mal » l'accompagnement, peut-être même le mettre en péril. Ce faisant, ils peuvent ajuster leur action et éviter de perdre l'adhésion de la personne et que celle-ci abandonne le travail engagé pour permettre la réalisation des soins non satisfaits.

Ceci étant dit, on peut pousser plus loin le parallèle fait avec la démarche clinique ; celle-ci implique également d'accepter que l'autre soit une énigme que l'on ne résout jamais complètement. Les agents PFIDASS peuvent ainsi ne pas comprendre, comme l'explique l'accompagnant ci-dessus, pourquoi une personne qui jusque-là s'investissait dans son accompagnement ne le fait plus ; ils ne peuvent pas disposer de toutes les clefs de lecture. Avoir en tête que le rapport aux soins et aux soignants des personnes se construit depuis de longues années permet en outre de rester « raisonnable » dans ce qu'il est possible d'attendre d'un accompagnement administratif tel celui mis en œuvre dans le cadre de la PFIDASS. Cela peut en outre aider les agents à clôturer certains accompagnements pour lesquels ils sont en difficulté à le faire.

Tous les obstacles, en particulier les freins psychologiques, ne peuvent pas être levés ; tenter de les lever, malgré tout et à tout prix, peut conduire à des impasses, peut-être même à de la souffrance, tant pour les personnes accompagnées que pour les accompagnants. Introduire une dimension relationnelle ne signifie pas pour autant se transformer en psychologue ; la frontière n'est d'ailleurs pas toujours nettement posée par les agents :

« Mais après il peut y avoir des effets pervers, tout ça c'est beaucoup de relation avec les personnes, c'est travailler sur la psychologie des gens », Accompagnant 1.

Parfois, lorsque les personnes ne s'investissent plus ou que leur manque de discernement semble trop important du point de vue de l'accompagnant, celui-ci peut être tenté de faire, ou faire tout simplement, sans les personnes. Les entretiens permettent de comprendre que les agents sont avant tout pragmatiques et qu'ils veulent prioritairement faire avancer les accompagnements vers la réalisation des soins. Laisser une place aux personnes, attendre parfois qu'elles fassent leur partie des démarches, comme toutes techniques « d'activation », impliquent en contrepartie chez l'agent de céder une part de son « pouvoir d'agir » ; il faut réussir à ne pas trop agir afin d'encourager autrui à

agir par lui-même et sur lui-même. Il faut savoir doser l'intervention : ne pas trop diriger, ne pas trop imposer, tenter de respecter les choix et le rythme l'autre. Ce dernier point est important et renvoie à la nécessaire conciliation des temps administratifs et individuels par les agents PFIDASS :

« On laisse faire au maximum, mais après il peut y avoir des effets pervers : certaines personnes qui ont traîné à prendre un RDV avec un médecin par exemple n'osent pas le dire, ni nous rappeler du coup… Chacun raisonne différemment », Accompagnant 3.

« Ils sont pas à notre disposition non plus les gens, on peut comprendre que parfois ça prenne un peu plus de temps. Ce que j'ai compris c'est qu'il n'y a pas que le renoncement dans leur vie, tout ne tourne pas pour eux autour de ça. Ça plus les délais des partenaires, bon on ne travaille pas que sur du papier », Accompagnant 1.

Dans certains cas, c'est pour gagner du temps qu'ils font à la place des personnes. Quand certains accompagnants assument très bien le fait de ne pas toujours associer les assurés aux actions entreprises, en particulier lorsque l'autonomie de ceux-ci leur semble très relative, d'autres s'en défendent quelque peu :

« Quand c'est nécessaire, je fais à leur place bien sûr, je ne me pose aucune question », Accompagnant 1.

« Je sais que je dois les laisser aussi se débrouiller, si je le fais c'est juste pour pas qu'ils lâchent », Accompagnant 3.

Ces dernières lignes suggèrent, semble-t-il, que l'agent a l'impression de ne pas « bien faire » ou que ce faisant il ne respecte pas les consignes qui lui ont été données. En soi, « faire à la place » de l'assuré n'est d'ailleurs pas problématique ; tout dépend effectivement des consignes et certainement aussi des objectifs que l'on poursuit (mais aussi de la manière dont on présente l'accompagnement par la PFIDASS aux autres services de la caisse et aux partenaires) : pour assurer à la personne de pouvoir réaliser les soins, prendre complètement en charge certaines actions des plans d'accompagnement peut être utile. Mais si l'objectif est aussi d'autonomiser les personnes pour leurs futures démarches d'accès aux droits et aux soins, on peut alors s'interroger ; les agents PFIDASS se questionnent d'ailleurs sur ce point :

« Après, je pense qu'il ne faut pas non plus faire les choses à leur place, tomber dans l'assistanat en gros, dans le sens surtout où je leur explique ce que je fais. Parce que si je fais les choses dans mon coin sans accompagnement et qu'au final je dis « j'ai eu telle aide, telle aide, telle aide », il va être content l'assuré d'avoir ses soins mais l'an prochain, il renoncera pareil, il saura pas comment faire tout seul par exemple. Il faut que ça lui permettre d'avoir un peu d'autonomie. », Accompagnant 1.

Il est important de souligner que, dans la plupart des cas, lorsque les accompagnants font « à la place », ils en informent les personnes en ayant précisément en tête cette question de l'autonomisation. Si les personnes ne participent alors pas à la mise en œuvre des actions du plan d'accompagnement, elles en sont toutefois, et le plus souvent, informées :

« Je les appelle pour leur dire ce que je fais pour qu'ils soient associés et informés tout au long de l'accompagnement », Accompagnant 1.

En cherchant malgré tout à « donner de la visibilité sur ce qui est fait », les accompagnants s'efforcent de continuer à aider les personnes à produire du sens sur leur situation et à comprendre au moins les grandes étapes par lesquelles passe l'accompagnement vers la réalisation des soins. Ceci est un point essentiel.

2.2. Le positionnement par rapport aux partenaires où la question de la légitimité.

Les entretiens réalisés avec des agents de la PFIDASS montrent, comme signalé plus tôt, que l'intérêt de leur activité réside, selon eux, non seulement dans la relation avec les assurés, mais également dans le fait d'être en lien avec plusieurs services de la caisse et avec de multiples partenaires :

« Je vois qui je peux contacter en interne par rapport à tel problème, je vais à la GDB, au service invalidité. Je pars des attentes des personnes et je contacte des personnes en fonction de ça », Accompagnant 1.

« C'est intéressant car on travaille avec d'autres services de la caisse, on les interpelle, ils font une partie des choses et nous on articule. On est aussi en relation avec d'autres en dehors, par exemple avec des professionnels de santé, par exemple pour la négociation des devis. C'est un autre volet de mon activité », Accompagnant 2.

Dans le cadre des actions qui peuvent être conduites pour accompagner les personnes à la réalisation des soins et en particulier lors de la réalisation de montages financiers, les agents peuvent ainsi être amenés à dialoguer avec différents acteurs du monde sanitaire et social : dentistes, médecins, professionnels paramédicaux, mutuelles, acteurs associatifs, entre autres. Ce réseau d'interlocuteurs-partenaires se créent progressivement :

« Je commence à avoir quelques relations un peu privilégiées, on va dire, j'ai souvent les mêmes personnes au téléphone par exemple. Avec certains partenaires, certaines mutuelles, certains centres dentaires aussi. On se crée un petit « réseau » », Accompagnant 1.

Dans cette perspective, accompagner vers les soins demande aux agents de se positionner également par rapport à ces différents interlocuteurs « médicaux » et « sociaux ». Si le positionnement par rapport aux assurés est surplombé par la question de la « bonne » distance, s'agissant des partenaires, c'est bien la question de la légitimité qui se pose :

« Il y a un stress quand même devant les professionnels de santé par exemple, il y a des questions de légitimité, il faut qu'on arrive à bien légitimer nos demandes quand on appelle », Accompagnant 2.

On comprend à travers les mots de cet agent que le sentiment d'être plus ou moins légitime est surtout présent par rapport aux professionnels de santé. Une fois n'est pas coutume, la manière dont les agents perçoivent les soignants, leurs représentations propres concernant le corps médical, les comportements qu'ils mettent ou non en place en tant que patients, ne sont pas sans conséquences sur leur façon d'aborder un échange avec un médecin, notamment spécialisé. Même si dans le cadre de la PFIDASS, ils ne sont pas les patients de ces professionnels de santé, ils peuvent avoir tendance à « rapporter » dans l'interaction des éléments qui appartiennent à leur histoire personnelle avec les soignants :

« Je pense que d'eux-mêmes les gens n'oseraient pas, sous toute réserve, moi je me mets à leur place et je sais pas si je le ferais en tant que patient. Je pense que c'est pas encore entrer dans les mœurs de négocier un devis dentaire, une intervention… Un médecin, ça peut intimider en plus », Accompagnant 3.

Alors que dans leur vie personnelle, le positionnement par rapport aux professionnels de santé peut être plus ou moins asymétrique, en tant qu'agents de la PFIDASS, ils peuvent s'interroger sur leur légitimité à faire certaines demandes. Ces interrogations semblent attisées par le fait que les actions

effectuées en direction des professionnels de santé sont principalement relatives à des aspects financiers : négociation des devis, échelonnement des paiements…

Il ressort parallèlement des entretiens avec les accompagnants leur volonté d'être prudents par rapport aux professionnels de santé afin de ne pas « parasiter », « polluer », la relation entretenue par ceux-ci avec leurs patients – patients qui sont donc les assurés accompagnés par la PFIDASS. Ceci est une précaution importante.

Selon les agents, la façon la plus utile pour renforcer leur légitimité à interagir avec les médecins, et en particulier avec les dentistes, est de les doter en compétences techniques de manière à ce qu'ils puissent décrypter au mieux les devis et les comparer, comprendre parallèlement les plans de soins prévus, avoir en tête enfin les alternatives thérapeutiques à certains traitements :

« Je manque peut-être encore de billes dans la négociation, mais je me sens quand même plus à l'aise qu'avant. Mais parfois c'est quand même très compliqué de répondre quelque chose aux professionnels de santé, sur des cas « médicalement » spécifiques… Je ne suis pas dentiste, j'apprends au fur et à mesure… Je commence à m'y connaître en dents. Parfois, on sait par exemple que certaines solutions sont peu réalistes, par exemple concernant les implants », Accompagnant 2.

En ce sens, le temps de formation avec des dentistes-conseils du Service médical a été particulièrement enrichissant pour les agents comme l'indique le verbatim suivant :

« Au tout début, on a eu la chance de rencontrer les dentistes conseils de la CPAM qui nous ont expliqué les termes médicaux, ils nous ont montré des photos, ça c'était hyper intéressant et important pour pouvoir comprendre les devis, ne serait-ce que ça et les soins de l'assuré », Accompagnant 3.

La rencontre désormais régulière avec le service Médical pour échanger sur certains dossiers leur paraît en outre indispensable. Plus globalement, c'est en interagissant de manière serrée et permanente avec le service Médical lors de la réalisation des accompagnements et plus particulièrement des montages financiers, en sollicitant l'avis des médecins-conseils sur certains points des dossiers, que les agents PFIDASS assurent par ailleurs un positionnement solide par rapport aux professionnels de santé extérieurs à la caisse. Ils étayent ce faisant les arguments qui seront les leurs lors des échanges avec les médecins :

« Maintenant je sais mieux défendre les assurés… Et si je ne me sens pas de négocier, l'encadrement peut relayer J'essaie d'expliquer pourquoi on fait ça », Accompagnant 2.

Les agents sont pleinement conscients du fait que consolider leur légitimité peut, sinon doit, parallèlement passer par la présentation et l'explicitation des missions et du rôle de la PFIDASS auprès des professionnels de santé ; ceci peut en outre constituer une parade efficace à leurs propres représentations puisqu'en explicitant les missions de la plateforme et leur rôle au sein de celle-ci, ils se positionnent dans l'échange avec les médecins en tant que professionnel du dispositif PFIDASS et éloigne ce faisant le patient :

« Je suis donc en relation avec des partenaires qui sont assez réceptifs à nos demandes, à l'écoute. J'expose d'abord ma fonction, je présente le service et les missions du service ce qui permet de désamorcer pas mal de... d'ouvrir pas mal de portes », Accompagnant 2.

Dans cette perspective, certains agents se disent curieux des modalités de présentation de la PFIDASS par les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) aux professionnels de santé, notamment aux généralistes. Ils se demandent si avoir connaissance des arguments utilisés par les DAM, échanger avec eux sur les retours des professionnels de santé et leurs premières impressions lorsque le dispositif leur

est présenté, ne pourrait pas venir étayer leurs propres arguments et, de manière conséquente, légitimer leurs demandes auprès des médecins :

« Qu'est-ce que disent les DAM sur la PFIDASS ? C'est important de savoir quelles infos ils donnent aux professionnels de santé. Parfois je n'utilise même pas l'acronyme parce que je ne sais pas s'ils en ont déjà entendus parler », Accompagnant 2.

Il est important de noter que si les agents se sentent bien équipés pour présenter la PFIDASS et leur rôle dans ce dispositif, ils peuvent en revanche être plus réservés sur leur capacité à situer le dispositif par rapport aux missions et au rôle de l'Assurance maladie et à exprimer, d'une certaine manière, la légitimité de l'institution à se positionner comme un acteur central dans la « lutte » contre le renoncement aux soins et à, de ce fait, interagir de manière nouvelle avec les professionnels de santé. Le verbatim suivant le suggère :

« J'essaie d'expliquer aux partenaires pourquoi on fait ça. Ce n'est pas toujours évident », Accompagnant 2.

3. ACCOMPAGNER ADMINISTRATIVEMENT VERS LA REALISATION DES SOINS : ENTRE MARGES DE MANŒUVRE ET RESPECT DES REGLES.

Peu à peu, au fil des mois, le contenu de l'activité des agents et la manière de « mettre en œuvre » les accompagnements se sont affinés. Les contours des différentes étapes du processus allant de la saisine à la clôture des dossiers, en passant par le bilan des droits, se sont précisés.

3.1. Le caractère structurant de l'outil informatique en période de montée en charge.

Le développement de l'outil informatique OGEDAS a notamment contribué à structurer l'activité et à uniformiser certaines manières de faire, en particulier concernant la gestion des échéances :

« Même par rapport aux échéances, quand je suis arrivé, j'avais fait sur Word un calendrier avec mes échéances et je pensais que même avec le logiciel j'allais le garder mais en fait non je suis pas resté longtemps avec les deux, le logiciel aide là-dessus », Accompagnant 1.

Les agents PFIDASS apprécient parallèlement les échanges avec le service Informatique sur l'outil et la possibilité de le co-construire ensemble pour qu'il réponde le mieux possible aux besoins :

« Après quand y a quelque chose à modifier, on peut le dire directement aux informaticiens, par exemple on peut pas forcément mettre plusieurs échéances en même temps, il faudrait que les échéances puissent aussi se décaler de manière automatique et non manuelle… Les informaticiens sont assez proches de nous, ils passent régulièrement pour nous demander ce qui va, ce qui va pas, ils modifient ce qu'ils peuvent modifier… », Accompagnant 1.

Si initialement plusieurs « outils » étaient utilisés par les agents pour conduire les accompagnements, les amenant parfois à démultiplier la saisie de certaines informations et à cumuler supports informatique et papier, la mise en fonction d'OGEDAS a permis une centralisation des informations et un regroupement des outils nécessaires à l'activité. Ce faisant, elle a aussi conduit à la quasi-disparition

de supports « artisanaux », en particulier les échéanciers Word ou Excel, que les conseillers et accompagnants avaient initialement mis en place pour gérer les prises en charge, et permis ainsi une forme de rationalisation temporelle.

Conseillers et accompagnants passaient en effet, dans les premiers temps de la PFIDASS, beaucoup de temps à noter une même information sur les différents supports et à jongler entre ces derniers pour retrouver la « bonne » information lorsqu'ils en avaient besoin. Le remplissage de la fiche de synthèse de chaque situation/accompagnement pouvait en parallèle prendre du temps à certains agents. Cela était également le cas du remplissage de la base de données où l'ensemble des informations était saisi concernant une situation et l'accompagnement afférent et du tout premier tableau de bord conçu pour réaliser le *reporting* de l'activité des agents.

Que ce soit s'agissant de la base de données, des tableaux de bord ou de la fiche de synthèse, certains intitulés, certaines rubriques ou modules pouvaient par exemple poser question aux agents et engendrer des doutes concernant les informations qui devaient y trouver place. De manière somme toute assez logique en période de démarrage, la base de données et autres supports permettant la réalisation des accompagnements, tout comme les outils pour reporter l'activité, évoluaient régulièrement et certains étaient supprimés.

Les consignes quant à l'utilisation de ces outils étaient, elles-aussi, nécessairement mouvantes, comme l'ensemble des consignes données aux agents pour répondre aux situations de renoncement. Il arrivait en outre que certains changements dans les consignes soient connus de certains agents et non d'autres, les informations ne circulant pas toujours auprès de tous. Là encore, ce ne sont pas des choses surprenantes, la transmission des informations dans le « collectif » PFIDASS devant également s'organiser.

3.2. Entre marges de manœuvre et respect des règles : une tension inhérente au travail d'accompagnement vers les soins.

Cette construction incrémentale de l'activité de la plateforme, de l'ensemble des procédures permettant de lui donner corps, et l'incertitude qui en découle sont consubstantielles à tout processus expérimental. Pour autant et bien que « passage obligé » dans le cadre d'une expérimentation, les conséquences sur le travail quotidien des agents chargés d'accompagner, comme de l'ensemble de l'équipe PFIDASS d'ailleurs, ne peuvent être niées. Les entretiens conduits après quasiment un an d'existence de la plateforme montrent que les agents chargés d'accompagner les assurés disent désormais apprécier l'autonomie qui est la leur dans la conduite des accompagnements :

« Du coup ça nous laisse libres et autonomes dans nos actions, ce qui est une chance à la CPAM », Accompagnant 3 (Entretien réalisé en novembre 2015).

Cela n'a pas toujours été le cas en particulier pour les conseillers qui ont pu être déstabilisés par cette autonomie :

« Dans le poste, il faut en permanence s'adapter. Je suis contente car je suis demandeuse d'évoluer. Mais souvent on se dit que certaines choses vont encore changer et c'est ce qui est aussi stressant. D'être plus autonome qu'avant aussi… Enfin en ayant quand même beaucoup de consignes », Conseiller 2 (Propos recueillis lors d'un temps d'observation participante en février 2015).

On comprend à travers ces mots que le basculement vers plus d'autonomie dans leur travail a pu surprendre certains. Mais on saisit aussi assez nettement que c'est bien davantage la tension entre prise d'initiatives et respect des consignes qui a pu générer du stress, parfois même de la souffrance et une envie de retourner, pour certains conseillers, aux fonctions précédemment exercées. Les agents avaient presque tous le sentiment « de ne pas arriver à faire avancer les accompagnements » comme ils le souhaitaient. La difficulté n'était pas tant liée à la réalisation « technique » des différentes actions pouvant prendre place dans les plans d'accompagnement qu'à la recherche de l'équilibre entre prendre une initiative pour avancer, tout en ne sachant pas avec certitude si cette initiative entrait dans le cadre de ce qui pouvait être fait ou de ce qui était permis au sein du dispositif. En même temps qu'ils cherchaient le « point d'équilibre » - qui en fait n'existait pas encore -, les agents découvraient aussi certaines contraintes de la relation particulière qui se nouait entre eux et les assurés accompagnés, l'une d'entre elles étant bien que de la nécessité de laisser aux personnes toute leur place dans cette interaction découlait pour les agents une perte d'autonomie (ou de liberté ?) dans la gestion des accompagnements. Nous retrouvons ici des points déjà évoqués plus tôt.

Si la place laissée à la personne emporte une limitation du « pouvoir d'agir » des intervenants PFIDASS, c'est en particulier parce qu'elle les confronte à une autre temporalité que la leur. Nous l'avons dit. Nous touchons là un enjeu majeur dans le cadre d'un dispositif tel celui de la PFIDASS ; en positionnant les agents au cœur de plusieurs types d'interactions, celles qui les mettent en contact avec des assurés mais aussi celles qui les lient avec des partenaires, cela les oblige à concilier, tout du moins à composer avec plusieurs temporalités. Leur position à la croisée de plusieurs mondes induit cela. Les agents en ont très vite pris conscience en témoigne le fait que tous sans exception ont eu quasiment pour premier réflexe de se doter d'un outil pour gérer leurs échéances.

Il a nécessairement fallu du temps pour trouver des marques concernant ce qui peut être fait sans validation par l'encadrement et ce qui nécessite cette validation, pour percevoir, tout simplement, ce qu'il est possible de faire dans un dispositif nouveau et ce qui ne l'est pas, ce qui entre ou non dans les « attributions » d'un agent chargé d'accompagner vers les soins. On comprend ainsi que la tension exprimée par certains entre autonomie et respect des consignes est surplombée, en période d'expérimentation, par de multiples paramètres dont l'un d'entre eux et non des moindres est bien que le cadre lui-même et l'ensemble des procédures sont en cours d'élaboration. Certes, le processus expérimental a attisé, sinon exacerbé, cette tension. Les tâtonnements initiaux, nécessaires pour créer de toutes pièces l'activité d'accompagnement et faire exister plus globalement la PFIDASS, ont généré de l'incertitude et des doutes. Mais il est important de dire que cette tension est aussi inhérente à l'activité et à sa double dimension « technique » et « relationnelle » ainsi qu'au fait que les accompagnements se fabriquent dans l'interaction entre les agents PFIDASS, les assurés et les partenaires et donc dans une certaine durée. Si le respect des procédures mais aussi de la réglementation est indispensable pour effectuer la partie technique du travail, c'est pour faire exister la dimension relationnelle que les agents ont besoin d'autonomie. C'est cependant aussi à travers cette dimension que leur autonomie fait face à celles des autres parties prenantes de l'accompagnement, à savoir les assurés et les partenaires de travail.

Ainsi même en dehors de toute démarche expérimentale, il semblerait que l'activité d'accompagnement vers les soins, parce qu'elle relève d'une relation spécifique – ce que nous avons appelé, en l'empruntant à d'autres, la relation de service –, contienne en elle cette tension et demande donc aux personnes qui exercent cette activité de la gérer. Il est ici important de souligner que cette tension a été ressentie plus violemment par les conseillers (des agents donc du service CMU de la CPAM) que par les premiers accompagnants, recrutés eux à l'extérieur de la caisse. La « trajectoire professionnelle », les habitudes prises concernant les marges de manœuvre ou au contraire le respect

des règles, ce que les agents ont connu par le passé en la matière, peuvent avoir une influence sur la façon de gérer cette tension.

3.3. L'utilité d'une charte de l'accompagnement administratif à la réalisation des soins ?

La gestion de cette tension, mais aussi la canalisation de l'autonomie des agents concernant la part relationnelle des accompagnements, ne peut reposer uniquement sur chacun d'entre eux ; l'institution dans laquelle prennent forme les accompagnements a bien entendu son mot à dire en la matière. Nous avons pointé le fait que la mise à disposition d'outils, par exemple informatiques, peuvent contribuer à alléger les agents du poids de cette tension. Echanger sur les critères pour qualifier le degré d'autonomie des assurés s'inscrit dans le même ordre d'idée. L'élaboration d'un livret des procédures également. Tout ce qui peut venir structurer l'activité, mais aussi lui donner un cadre peut parallèlement, et paradoxalement, aider les agents à être autonomes.

En effet, si la « relation de service » ne se résume pas à une simple rencontre, c'est parce que, selon E. Goffman, elle s'inscrit toujours dans un contexte institutionnel. A. Borzeix explique ainsi que *« la relation de service met en contact, physique ou non, des personnes. Mais, celles-ci sont « prises » dans la gangue des « agencements organisationnels » »* [45] (p.5). Il existe *« au cœur même de la relation de service, un tiers : « l'institution » qui exerce une contrainte sur les interactions* »[46] (p.18). Cette contrainte est certainement nécessaire pour que le service rendu par la PFIDASS ne se dilue pas au gré des individualités et des personnalités des agents chargés d'accompagner. Elle est en outre indispensable si l'objectif est de mettre sur pied « un nouveau métier » qui aurait donc vocation à être exercé à la CPAM du Gard mais aussi dans d'autres CPAM.

Un livret des procédures a ainsi vu le jour, ainsi que différents outils pour bien délimiter l'action de chaque partie prenante du « système PFIDASS » et de ce système par rapport aux autres services et composantes de l'Assurance Maladie ; chaque action est par ailleurs « normée » par la réglementation. Certains extraits des entretiens conduits avec des partenaires semblent parallèlement suggérer la nécessité d'un document telle une « charte de l'accompagnement administratif PFIDASS » : ce document pourrait avoir vocation à poser des jalons concernant les principes d'action et les objectifs de la plateforme[47] dans les accompagnements (principes de la bienveillance et du donnant-donnant, explicitation de la place donnée à l'assuré, par exemple et entre autres). Dans la hiérarchie des règles, la charte n'est pas contraignante mais permet d'expliciter quelques principes et, éventuellement, les principales lignes « rouges » à ne pas franchir.

Si les pratiques des agents de la PFIDASS, et plus globalement de la plateforme, peuvent gagner à être encore davantage formalisées au travers par exemple d'une charte, ce n'est pas tant pour les accompagnants eux-mêmes – quoique cela puisse leur apporter une forme de protection comme nous l'évoquions plus tôt. Mais c'est bien également pour permettre aux autres services de la caisse et aux partenaires en lien avec la plateforme, ou qui peuvent l'être à l'avenir, de mieux comprendre l'activité de celle-ci, le cadre dans lequel elle se déploie, les grands principes d'action et objectifs, et par

[45] Borzeix A., 2000, « Relation de service et sociologie du travail. L'usager : une figure qui nous dérange ? », *Cahiers du Genre*, n° 28, p. 19-48.
[46] Demailly L., 1998, « Les métiers relationnels de service public : approche gestionnaire, approche politique », *Lien social et Politiques*-RIAC, n° 40, p. 17-24.
[47] Un tel document pourrait reprendre et approfondir certaines des informations présentes dans la plaquette de présentation PFIDASS.

conséquent de pouvoir se situer encore plus précisément par rapport à la PFIDASS, de mettre plus aisément en exergue des complémentarités et ce que peut être l'intérêt des uns et des autres à travailler ensemble.

En parallèle, la poursuite de la formalisation peut permettre de continuer à expliciter ce qu'est l'accompagnement PFIDASS par rapport à l'accompagnement tel qu'il peut, en particulier, être pratiqué par le service Social de l'Assurance Maladie. Il paraît essentiel de ne pas minimiser le fait que, pendant des années, la notion d'accompagnement a été mobilisée, au sein des Caisses primaires, pour désigner le travail des assistantes sociales, comme certaines d'entre-elles le rappellent au cours d'un entretien :

« Un gros accompagnement existaient déjà avant la PFIDASS. Avec des personnes en renoncement parfois. Le baromètre, c'était super. Ça rendait visible des situations quotidiennes que traitent les AS. Ça permettait d'envisager des solutions notamment sur la question des RAC. Mais après, quand la PFIDASS s'est mise en place, on a pu l'impression que le service allait faire ce qu'on fait traditionnellement. On s'est posé la question de notre place par rapport à la PFIDASS. Tout ça relance un débat sur la responsabilité des personnes par rapport à leur situation, à leur avenir aussi. Par rapport à leurs marges de manœuvre… Il y a aussi la question du positionnement individuel et du positionnement institutionnel. Et des manières de concevoir l'accompagnement. La personne est-elle maître d'elle-même ? Si elle ne fait pas les démarches, que se passe-t-il ? Elle en a le droit ? C'est sa liberté. Nous on sait ce que ça signifie « accompagner » pour un service social. Pour la PFIDASS, on ne sait pas encore vraiment à quoi ça renvoie », Entretien collectif avec des assistantes sociales du service Social.

L'explicitation du travail fait par la PFIDASS, de ce qu'est un accompagnement administratif vers la réalisation des soins, du positionnement par rapport aux assurés, peut aider aussi à dessiner plus nettement les frontières et les limites d'action des différents professionnels. Ceci afin d'être le plus complémentaire possible dans l'intérêt des assurés. La création d'un outil pour expliciter les situations concernant lesquelles les détecteurs « accueils » doivent privilégier une orientation vers le service Social prend place dans cette dynamique. Un dispositif tel celui de la PFIDASS amène nécessairement à interroger et à repositionner des frontières, à construire de nouvelles articulations. L'un des accompagnants PFIDASS le souligne de la manière suivante :

« Bon les compétences du service social, je sais pas trop. Mais je sais par contre ce que moi je ne peux pas faire. Donc je les appelle pour savoir si elles peuvent faire ou pas. Moi mon objectif c'est la santé pour aussi que la personne puisse avoir un travail… Et pour ce qui ne me concerne pas orienter, donner une petite info, rendre service quoi. Mais c'est vrai que c'est compliqué de mettre certaines frontières entre nos différentes missions, ce qu'on peut faire, santé/social c'est quand même plus ou moins lié, ça va ensemble. Situations sociales compliquées = renoncement, renoncement = situations sociales compliquées, à chaque fois c'est un peu boule de neige », Accompagnant 1.

Si des outils peuvent contribuer à délimiter et à articuler quotidiennement l'action des différents professionnels en interne ainsi qu'entre la PFIDASS et son environnement plus large, les entretiens avec les partenaires de la plateforme, et certains acteurs de l'Assurance Maladie, montrent que cela peut se faire également par « le haut », en tout cas que l'échange entre les « responsables » des organismes et structures impliqués dans la PFIDASS peut sur ce point être nécessaire :

« Les articulations entre tous c'est un peu ce qui complexifie tout le système. Dans l'institution, certains ont toujours eu la vocation du suivi et de l'accompagnement des assurés sociaux. On en parle entre nous et c'est indispensable sinon ? Nous on développe sur le terrain des actions en matière d'accès aux soins, non pas comme aspect majeur mais comme conséquence si vous voulez de situation de fragilité.

Ça mérite donc une réflexion sur nos modes de fonctionnements… Tout ça rentre aussi dans une préoccupation nationale, le dispositif PLANIR, qui est devenu un peu un plan de gestion du risque numéro 2 et s'inscrit dans la continuité d'une période où beaucoup de choses ont déjà changé au niveau territorial, où il y a déjà beaucoup de choses borderline… Ça rend le paysage un petit peu complexe, il faut arriver à composer dans le réseau maladie mais aussi en dehors, et avec le réseau retraite. Dans ce paysage et il faut se le dire entre responsables, il faut que chacun soit bien conscient de ses attributions. Une fois que cela est posé par le haut, après effectivement on peut avancer ensemble, dans le respect des limites. Pour le dire autrement, c'est de la stratégie et on ne peut pas avancer ensemble sans ça », Partenaire, Agent de direction, CARSAT, Languedoc Roussillon.

A cet égard, nous l'avons dit précédemment, un partenaire évoque l'intérêt potentiel d'un Comité d'orientation stratégique de la PFIDASS. Là où les Comités d'analyse peuvent permettre d'échanger sur le renoncement, sur les résultats, les changements concrets relatifs à la PFIDASS, un tel Comité pourrait, selon lui, permettre de discuter de certaines grandes orientations, du positionnement de la plateforme au sein de l'Assurance-Maladie et au niveau territorial en matière d'accès aux soins et emporter en outre la détermination de cibles d'action communes et partagées.

Conclusion de partie

L'activité d'accompagnement administratif vers les soins revêt un caractère tout à fait innovant au sein de l'Assurance Maladie ; elle demande aux personnes qui la mettent en œuvre des compétences particulières et les amène à conduire des actions qui pour certaines n'existaient pas auparavant ; elle les positionne également de manière renouvelée par rapport aux assurés, mais également en interne de la caisse et par rapport à l'environnement. Alors que l'on aurait initialement pu penser que les deux dimensions de la relation de service, technique et relationnelle, pouvaient être utilement distribuées entre deux catégories d'intervenants PFIDASS – les conseillers et les accompagnants –, l'expérience de l'accompagnement a montré l'importance pour les assurés, autant d'ailleurs que pour les agents, d'un accompagnant « référent » qui donc a vocation à posséder une double compétence et à être polyvalent.

Les agents de la PFIDASS ont, peu à peu, appris cette activité nouvelle de l'accompagnement administratif des assurés vers la réalisation de soins détectés comme non satisfaits. Outre les temps de formation « individuelle » auxquels ils ont participé et dont ils ont bénéficié au contact de différents professionnels de la caisse, des temps d'échange collectif ont amplement contribué à l'apprentissage de l'activité. Bien que vécu par certains agents comme impactant le temps consacré, au démarrage de la PFIDASS, aux accompagnements en tant que tels, l'exercice des « revues de dossiers » et la réflexion collective sur la définition des plans d'accompagnement se sont avérés particulièrement indispensables. Au fil des mois, les agents ont également appris et progressé individuellement, au fur et à mesure de la conduite des accompagnements, au contact des assurés et des partenaires. Au contact aussi des autres membres de l'équipe et de l'encadrement. La permanence des « cas particuliers » demeure aujourd'hui encore une possibilité pour apprendre collectivement, en particulier concernant l'aspect technique des accompagnements :

« Le temps avec la direction une fois par mois est important pour parler des cas particuliers. On a encore besoin d'éclaircir parfois les choses pour ne pas s'avancer sur des choses qu'on ne pourra pas faire. Et la notion d'équipe est très importante, on discute beaucoup pour s'entraider. C'est un soutien, un système de solidarité, on ne sent jamais seul », Accompagnant 2.

Les « abandons » quant à eux sont une source pour travailler ensemble sur la dimension relationnelle des accompagnements et sur les mécanismes de construction de l'adhésion des personnes. A ce titre, la question des abandons mérite certainement d'être creusée par l'équipe de la PFIDASS et l'encadrement. Quelques éléments tirés d'entretiens réalisés avec des assurés ayant abandonné l'accompagnement seront en outre présentés dans la dernière partie de ce rapport. En parallèle, Les agents de la PFIDASS ont au cours de l'année qui vient de s'écouler appris et construit leur activité au travers de temps d'information et de formation, indispensables pour renforcer des connaissances et des compétences, pour donner du sens à l'activité et en clarifier les objectifs, mais également pour évoquer et situer le rôle d'un dispositif tel celui de la PFIDASS par rapport aux missions générales de l'Assurance Maladie :

« Au tout début le renoncement, je ne comprenais pas du tout. Au fur et à mesure, en détectant, en se rendant aux réunions organisées par la Direction, j'ai commencé à comprendre l'objectif de ce service. Des vidéos ont été diffusées, là ça a éveillé ma curiosité, le BRSG aussi, petit à petit, j'ai mieux compris », Accompagnant 2.

Les entretiens montrent que tous les agents chargés d'accompagner vers les soins n'ont, en fonction de leur passé professionnel, de leur recrutement interne ou externe, du moment de leur arrivée au sein de la PFIDASS également, pas nécessairement bénéficié des mêmes formations ou participé aux mêmes temps d'information. Aujourd'hui, l'une des questions qui se pose est certainement celle de l'homogénéisation des compétences de l'ensemble des intervenants et, de manière conjointe, la détermination potentielle d'un niveau commun de qualification.

En période d'expérimentation, il est clair que l'enjeu n'est pas seulement d'apprendre à exercer son activité, mais bien aussi de contribuer à la définir. A ce titre, un point mérite notre attention : le fait que les conseillers comme les agents ne parlent pas « d'activité », mais bien « du métier » qu'ils ont contribué à créer ; les mots employés par chacun pour le qualifier – *« on est des assistants en santé »* – peuvent être différents mais l'idée est globalement la même. Si l'activité d'accompagnement dans le cadre de la PFIDASS pose les bases d'un nouveau métier dans l'Assurance Maladie, celui-ci a vocation à être encore davantage formalisé, en particulier s'il tend à être exercé dans d'autres caisses du réseau. Cette formalisation peut concerner le contenu du métier et l'exercice professionnel, en particulier le type de pratiques et les positionnements par rapport aux autres parties prenantes, les mécanismes de formation pour acquérir les compétences, les logiques de recrutement et le niveau de qualification.

PARTIE 3.

DU RENONCEMENT AUX SOINS « CAPTE » PAR LA PFIDASS, A LA PLUS-VALUE DE LA PLATEFORME DU POINT DE VUE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES.

En 2014, le BRSG a apporté des indications essentielles concernant les personnes qui renoncent à se soigner, ainsi que s'agissant des types et des raisons du renoncement. Rappelons ici quelques-unes des conclusions principales du rapport relatif au Baromètre (P.60) :

- Le renoncement aux soins est une situation vécue, de report sinon d'abandon d'un besoin de soins ressenti et bien souvent exprimé ; mais c'est aussi un comportement produit par l'impossibilité d'accéder à des actes de soins reconnus, qui conduit à trouver des solutions en dehors des offres pourtant permises par le système de santé ;

- Le renoncement aux soins est bien souvent l'affaire de plusieurs membres d'une même famille ;

- Le renoncement aux soins relève de la combinaison de raisons multiples (loin d'être uniquement financières), dont l'explication principale renvoie à l'accumulation d'à-coups dans les trajectoires familiales et professionnelles. Ainsi, en retraçant les trajectoires de plus d'une centaine de personnes il a été possible de faire état d'enchaînements de situations à partir desquelles il serait éventuellement possible d'agir de façon précoce : perte brutale d'un emploi (chute des revenus, perte ou fin d'une complémentaire) ; arrivée dans le département suite à une séparation (dégradation des ressources, non connaissance de l'offre médicale locale) ; etc.

En 2016, que peut-on dire des renoncements captés par le dispositif de la PFIDASS ? Qui sont les personnes qui ont dit renoncer à des soins et qui ont, suite à cela, été prises en charge par la plateforme ? Leurs caractéristiques recoupent-elles celles des « renonçants » repérés au travers du Baromètre du renoncement (BRSG) ? A quel type de soins les personnes renoncent-elles ? Depuis quand sont-elles en renoncement ? Là encore, les soins auxquels les personnes disent renoncer sont-ils identiques ou, au contraire, diffèrent-ils de ceux mis en exergue par le BRSG ?

Le rapport du BRSG indiquaient parallèlement *« qu'un travail de définition des priorités pouvait être entrepris à partir de différents angles, apportant chacun une justification particulière aux actions qui pourraient être envisagées »*[48] (p.61). L'importance d'approcher le renoncement sous un angle démonstratif était soulignée afin de construire des arguments pour soutenir la nécessité d'une intervention sur le phénomène. Dans cette perspective, l'enjeu au travers de la PFIDASS est de renforcer notamment la connaissance des conséquences médicales, sociales, psychologiques du renoncement aux soins et de mettre en exergue *« ce que renoncer à des soins induit comme dégradation de l'intégration de l'individu dans la société et par voie de conséquence de la cohésion*

[48] Odenore, 2014, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* »
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

sociale »[49] (p.61). Nous verrons dans cette partie que les conséquences du renoncement sont multiples et qu'elles réduisent assez nettement les possibilités des personnes concernées de participer pleinement à la vie en société.

Dans la lignée du BRSG, la PFIDASS s'inscrit dans une volonté forte de la Direction de la CPAM du Gard de tenir compte de ce que disent les personnes de leurs besoins de soins non satisfaits, de leurs difficultés en la matière, de leur « combat » pour tenter de sortir d'une situation de renoncement qui leur complique quotidiennement la vie. En ce sens, cette partie du rapport est principalement construite à partir de la parole de 48 personnes détectées en renoncement, dont la situation a fait l'objet d'une saisine de la PFIDASS, que nous avons rencontrées en entretien entre mars et octobre 2015[50] (Guide d'entretien en annexe 2).

Durant ces entretiens, les personnes ont évoqué leurs difficultés pour accéder à certains soins en les resituant dans leur trajectoire de vie. Mais elles ont aussi parlé, avec beaucoup de justesse et d'émotion, de l'accompagnement dont elles ont bénéficié au sein de la PFIDASS, accompagnement que certaines, pris notamment dans la tourmente de leur vie, ont dû abandonner. Les personnes accompagnées ont également expliqué ce que la PFIDASS leur a apporté.

L'ensemble de ces précieux éléments qualitatifs sera restitué dans cette partie afin de déterminer ce qu'est la plus-value de la plateforme du point de vue de ses bénéficiaires. Nous avons fait le choix de laisser ici toute la place à la parole des personnes ; les données quantitatives concernant les renonçants, les renoncements et les accompagnements sont quant à elles présentées dans les notes d'analyse produites régulièrement par la CPAM du Gard, à partir de la base de données de la PFIDASS. Dans cette partie du rapport, nous avons injecté uniquement quelques chiffres[51] qui viennent utilement soutenir l'analyse qualitative.

1. LE RENONCEMENT AUX SOINS « CAPTE » PAR LA PFIDASS : DES SITUATIONS DE VIE FRAGILES, DES RENONCEMENTS AUX MULTIPLES CONSEQUENCES INDIVIDUELLES ET SOCIALES.

57% des personnes dont la situation a fait l'objet d'une saisine sont des femmes. 43 % sont des hommes. Le BRSG avait quant à lui indiqué que, parmi les « renonçants », 63% étaient des femmes et 37% des hommes[52] (p. 18).

Sexe	Effectifs	%
Femmes	502	56,92
Hommes	380	43,08
Total	**882***	**100**

*L'information relative au sexe n'est pas renseignée pour 31 saisines.

[49] Odenore, 2014, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* » https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

[50] La majorité des entretiens a été réalisée par Mme Apolline Bolze qui avait également été impliquée dans le travail du BRSG.

[51] Informations fournies par la CPAM du Gard, provenant de l'analyse de la base de données PFIDASS à la date du 12 février 2016.

[52] Odenore, 2014, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* » https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

S'agissant de la PFIDASS, 39% des femmes ayant déclaré renoncer et dont la situation a fait l'objet d'une saisine ont entre 40 et 59 ans et 37% ont plus de 60 ans. Dans le BRSG, les femmes en renoncement étaient également plus souvent dans la classe d'âge des 40-59 ans (p.18). En revanche, le pourcentage des femmes de plus de 60 ans en renoncement est plus important dans le cadre de la PFIDASS que dans le BRSG.

Parmi les hommes qui ont déclaré renoncer et dont la situation a fait l'objet d'une saisine, les classes d'âge 40-59 ans et plus de 60 ans sont, comme pour les femmes, les plus représentées. En effet, 43% des « renonçants » de genre masculin ont entre 40 et 59 et 32% plus de 60 ans.

Tout sexe confondu, 41% des « renonçants » PFIDASS appartiennent donc à la classe d'âge des 40-59 ans et 35% à celle des plus de 60 ans. Les 25-39 ans représentent quant à eux 14,5% des « renonçants ». Ils en représentaient 24% dans le BRSG (p. 18).

Sexe/Âge	**<18**		**18-24**		**25-39**		**40-59**		**>60**		**TOTAL**	
	Eff.	**%**	**Eff.**	**%**	**Eff.**	**%**	**Eff.**	**%**	**Eff.**	**%**	**Eff.**	**%**
Femmes	15	2,99	28	5,58	77	15,34	195	38,84	187	37,25	502	100
Hommes	24	6,32	18	4,74	51	13,42	165	43,42	122	32,10	380	100
Total	**39**	**4,42**	**46**	**5,22**	**128**	**14,51**	**360**	**40,82**	**309**	**35,03**	**882**	**100**

S'agissant de la situation professionnelle des personnes ayant déclaré renoncer et dont la situation a fait l'objet d'une saisine de la PFIDASS, il convient avant toute chose de rappeler que la CPAM, notamment, a choisi comme cible de repérage les personnes « sans emploi ».

Il ressort que 48% des personnes ayant dit renoncer et dont la situation a fait l'objet d'une saisine sont sans emploi. C'est le cas de 44% des femmes et de 53% des hommes.

Tout sexe confondu, 31% des « renonçants » sont à la retraite. C'est le cas de 34% des femmes et de 28% des hommes.

Par rapport au BRSG, la part de retraités parmi les « renonçants » PFIDASS est plus importante (21% dans le baromètre) (18). Ce résultat est potentiellement intéressant dans le cadre du ciblage de la détection sur certaines catégories d'assurés.

Sexe/Situation professionnelle	**Salarié****		**Sans emploi*****		**Retraités**		**TOTAL**	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Femmes	100	22,68	193	43,76	148	33,56	441	100
Hommes	59	18,44	171	53,44	90	28,12	320	100
Total	**159**	**20,89**	**364**	**47,83**	**238**	**31,28**	**761***	**100**

*L'information relative à la situation professionnelle n'est pas renseignée pour une partie des saisines.
**Dont intérimaires, personnes en mi-temps thérapeutique, personnes avec un contrat de travail dont l'échéance est proche, travailleurs handicapés…
***Personnes au chômage indemnisées ou non, personnes sans emploi et bénéficiaires de minima sociaux (AAH, RSA…).

1.1. Des situations de vie fragiles et fragilisées.

Comme le montrent les entretiens conduits auprès de 48 d'entre elles, les personnes en renoncement détectées dans le cadre de la PFIDASS connaissent pour la grande majorité une situation de précarité quant à leurs revenus ; plus globalement ce sont les liens par rapport à l'emploi qui sont fragiles ou qui l'ont été s'agissant des personnes désormais à la retraite. Si une partie des personnes qui renonce à se soigner rencontre des difficultés à trouver ou retrouver un emploi et/ou cumule les contrats de travail précaires, d'autres, bien qu'elles soient en âge de travailler, ne peuvent plus le faire suite à une maladie, un accident, et sont désormais en invalidité ou reconnues comme personnes handicapées :

« Je voudrais le faire, je voudrais travailler, mais je peux plus et j'ai plus le droit », Témoignage vidéo, Femme, 56 ans, en invalidité, vit seule.

A cela s'ajoute pour une grande majorité des renonçants une réduction de l'environnement familial et social au fil des années. Ce qui pourrait ainsi être un soutien pour faire face aux différentes difficultés que les personnes rencontrent dans leur vie, notamment les difficultés d'accès aux soins, est donc bien souvent inexistant :

« Les amis, ça se réduit peu à peu à pas grand-chose, la famille, c'est un peu pareil. Et on se coupe aussi », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Même pour les personnes en renoncement qui vivent en famille - avec des enfants, un conjoint - le réseau amical, social plus largement, du foyer est souvent réduit à peau de chagrin. Ainsi, ce n'est pas seulement de solitude dont parle le renoncement aux soins mais bien aussi d'isolement :

« Oui j'ai une famille, mes enfants, mon conjoint, mais sinon… En fait, tout le temps que mon mari boxait, oui on était très entourés mais maintenant on n'est plus entourés. Comme une star, le jour où c'est fini et bien on parle plus d'eux », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

Bien entendu, ce ne sont pas nécessairement, ni unilatéralement, les problèmes en matière de soins qui sont à l'origine de ces situations de vie compliquées et de cet isolement, mais on ne peut nier que les diverses conséquences de besoins de soins non satisfaits, parfois depuis de longues années, ont pu, et peuvent, contribuer à les attiser. Fragiles aujourd'hui, les situations de vie des personnes qui renoncent à des soins ont généralement été fragilisées par la survenue d'un événement douloureux ou/et par une succession de difficultés dans leurs parcours de vie. Regarder en arrière pour comprendre le renoncement aux soins auquel les personnes font face aujourd'hui est ainsi utile. Cela permet de pointer des moments de basculement, de ruptures, un « avant » et un « après » comme le formulent fréquemment les personnes rencontrées en entretien :

« Enquêteur : *Vous auriez pensé un jour avoir ces difficultés ?* - Enquêtée : *Ah bah non. Non parce que bon, on avait la maison payée, on était bien, c'est à ce moment-là qu'on sortait de l'eau et puis bah voilà. Ce sont des choses qui arrivent. C'est ce divorce qui a tout cassé* », A01, Femme, retraitée, 63 ans, vit seule.

Que ce soit la maladie, le décès d'un proche, un accident, une séparation, un licenciement, la faillite d'une entreprise, parfois un entremêlement ou une accumulation de tout cela, tous les renonçants ont été exposés à des difficultés de vie. Certes c'est aussi le cas de personnes qui ne renoncent pas à se soigner, mais il est notable de souligner que, dans les récits faits par les renonçants de leurs difficultés par rapport aux soins, ces événements douloureux ont une place centrale et sont présentés comme

une variable fortement explicative de la situation actuelle en matière de santé. C'est en ce sens qu'il convient de les prendre en compte :

« Les problèmes de soins, c'est parce que j'ai subi des problèmes en fin de compte depuis que je me suis séparé, ça va faire neuf ans. J'étais quelqu'un qui travaillait, j'avais mon boulot, j'avais tout ce qu'il fallait. Je faisais de la maçonnerie et voilà j'ai subi une séparation où tout s'est accumulé. Et je me suis trouvé un moment donné avec un dossier de surendettement, pas mal de problèmes. J'ai retrouvé à travailler après avec une agence intérimaire, mais chaque mois je recevais des factures à payer alors que des fois je n'arrivais pas à… », A07, Homme, 53 ans, vit seul.

« Ça a basculé quand je suis tombé malade. Moins de revenus… Avant, je travaillais pour moi, j'avais un magasin. Mais j'ai tout perdu en six mois. Voilà, ça bascule vite la vie », C09, Homme, retraité, en ALD, vit seul.

Ces événements, qui entraînent généralement une perte de revenus brutale ou plus progressive, mais inéluctable, fragilisent également le rapport des personnes à l'emploi et/ou les protections sociales dont elles bénéficient ou peuvent espérer bénéficier à l'avenir, les coupent de certains réseaux familiaux et amicaux, font *in fine* en quelque sorte « perdre pieds » aux personnes. Ces changements qui surviennent dans les vies de manière peu prévisible, brutale, et qui bien souvent s'accompagnent d'une modification des « statuts » sociaux des personnes concernées peuvent donner naissance à des situations de renoncement, qui pour certaines s'ancrent dans la durée, comme l'explique la personne suivante :

« Ça a commencé comme ça, après des problèmes de boulot, de santé et ça a duré pendant six ou sept ans, mes problèmes de dents ». A03, Homme, retraité, en couple.

1.2. Des situations de vie sur le point de basculer, qui engendrent des privations quotidiennes.

On ne peut que constater que, ce dont nous ont fait part la plupart des personnes rencontrées en entretien, ce sont des situations de vie « sur le point de basculer encore davantage ». Comme le BRSG l'avait souligné, le moral des personnes qui renoncent à se soigner n'est souvent pas « au plus haut ». Que le renoncement et l'absence de soins soient la cause principale, une cause parmi d'autre, ou un effet de ces *« problèmes dans les têtes et dans les cœurs »*[53], il ressort en tout cas de plusieurs entretiens une détresse tellement forte que plusieurs personnes nous ont dit avoir voulu en finir ; c'est le cas de cette femme :

« Je n'ai que 51 ans et je me disais que j'allais rester avec une « dentition » comme ça toute ma vie. J'étais malheureuse Alors de pouvoir me faire soigner les dents, c'est formidable, je peux mieux dormir parce qu'avant, j'avais pensé à me flinguer », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Peu importe finalement dans quel sens les choses fonctionnent, il ressort simplement des échanges avec les personnes un état d'anxiété, sinon d'angoisse très forte. Il est en effet important de comprendre que le renoncement aux soins, surtout lorsque c'est un renoncement « barrière » comme c'est le cas de la plupart des personnes détectées dans le cadre de la PFIDASS, est un renoncement qui prend forme aux côtés d'autres privations quotidiennes. Si quasiment toutes les personnes n'ont plus

[53] A03, Homme, retraité, en couple.

aucun loisir et si certaines ne peuvent pas manger à leur faim, toutes ont effectivement ce sentiment de « se priver ». Les verbatim ci-dessous sont significatifs :

« Je pouvais un peu assumer en me privant de manger par exemple. Ou je faisais plus attention ou je me sers moins de ma voiture », A01, Femme, retraitée, 63 ans, vit seule.

« Je me prive de manger, je me prive de tous les côtés », C09, Homme, retraité, en ALD, vit seul.

Parfois les privations pour soi ont pour objectif de ne pas priver les autres membres du foyer :

« Je préfère faire mieux suivre mes enfants que moi et les soigner », D06, Femme, 37 ans, en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Quand les situations financières sont fragiles, il s'agit de permettre l'accès aux soins, comme à d'autres biens ou services, à ceux de la famille qui en ont le plus besoin parce qu'ils travaillent, parce qu'ils doivent pouvoir *« continuer à vivre leur vie sans se soucier de ça… »*[54]. Le recours aux soins se comprend ainsi au regard d'autres aspects de la vie des personnes ; se soigner pour les personnes rencontrées n'est plus ni une évidence, ni parfois même une possibilité, mais devient bien souvent une histoire de priorités. Les dépenses de santé, comme toutes les autres dépenses, sont comptées, des tris s'opèrent entre ce qu'il est envisageable de financer et ce qui ne l'est pas. On comprend que dans ce contexte, les raisons avancées par les renonçants sont en premier lieu financières (RAC en particulier) comme l'indique le tableau suivant.

Causes du renoncement	**Eff.**	**%**
Reste à Charge	785	69,04
Accès aux droits	223	19,61
Avance de frais	98	8,62
Complexité des démarches d'accès aux soins	12	1,06
Autres raisons	10	0,88
Transport	6	0,53
Délai de rendez-vous	3	0,26
Total	**1137**	**100**

Au total, seules 828 saisines ont, *a minima*, une raison indiquée.
Concernant ces 828 saisines, en moyenne 1,37 raisons sont invoquées par chaque personne.

En fonction des restes pour vivre au bout du mois, une fois toutes les charges fixes payées, les personnes peuvent notamment envisager ou non de financer une complémentaire :

« Donc avec 250 euros de loyer sur environ 500 euros d'ASS dans le meilleur des cas, quand il y a 31 jours. Donc je calcule que je touche 500, j'ai 250 euros de loyer et après vous retirez le reste. Dans le meilleur des cas, il reste 80, 100 euros pour faire le mois. Donc la mutuelle, ça fait partie des choix comme la nourriture, comme le reste », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

[54] D06, Femme, 37 ans, en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Parmi les renonçants PFIDASS, 27 % ont déclaré au moment de la détection ne pas avoir de protection complémentaire[55].

Les personnes perçoivent également, au regard de leurs restes pour vivre, s'il est possible de faire certains des soins dont elles ou leurs proches auraient besoin ou si elles sont contraintes de les reporter. Mois après mois, si les situations financières ne s'améliorent pas, si les personnes ne trouvent pas de solutions ou de soutien par rapport à leurs difficultés, le report de soins peut alors devenir renoncement :

« Oui j'attendais, j'attendais encore.... Tant pis. Comment faire ? On ne pouvait pas faire autrement. Je n'étais pas aveugle encore alors bon. Ça fait maintenant trente-cinq mois que je n'ai pas été à l'ophtalmo », A01, Femme retraitée, 63 ans vit seule.

1.3. Des renoncements partiels chez des personnes en contact avec le système de protection maladie et de santé.

Pour la plupart des personnes, le renoncement aux soins n'est pas total ; une minorité a toutefois expliqué avoir renoncé sur des périodes plus ou moins longues à tous types de soins[56] :

« Je ne pouvais même pas aller voir un docteur moi quand je tombais malade et tout parce que je n'avais même pas de mutuelle, je n'avais rien je veux dire ». A07, Homme, 53 ans, vit seul.

Comme le suggère cet homme, si l'on regarde de plus près la situation des autres personnes qui renoncent ou ont renoncé à tous types de soins pendant un temps, il n'est pas rare de constater une absence de protection maladie de base et complémentaire ; la jeune femme qui suit en témoigne :

« Parce que j'avais pas la [elle hésite] *carte vitale et parce que j'avais pas* [elle hésite*] la mutuelle, c'est pour ça. Avant j'étais à M. avec mon mari. Ça fait un an qu'on a divorcé et c'est pour ça que j'ai déménagé. Je suis allée chez mon oncle et sa femme pour avoir de quoi manger et dormir. Maintenant chez mes grands-parents. Avant tout ça, j'étais au Maroc »*, H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

L'éloignement par rapport aux soins est total concernant la personne ci-dessus. Dans la plupart des cas cependant, il s'agit bien pour les personnes, ou les familles, de « trier » parmi les besoins ceux qui peuvent être satisfaits ou non, et ce en fonction de différents paramètres : la gravité perçue, la persistance de symptômes, la douleur, l'impact de l'absence du soin sur le quotidien, le coût des soins, la possibilité d'être ou non remboursé… Il ressort de l'analyse de la base de données utilisée dans le cadre de la PFIDASS que les soins les plus concernés par le renoncement sont les soins dentaires prothétiques et chirurgicaux (49 % des renoncements déclarés). Suivent l'achat d'optique (11 %), les soins dentaires conservateurs (9%) et les consultations chez un spécialiste (8%)[57], comme le montre le tableau qui suit. On retrouve ici les conclusions du BRSG.

[55] Informations fournies par la CPAM du Gard, provenant de l'analyse de la base de données PFIDASS à la date du 12 février 2016.

[56] Ceci est certainement aussi une conséquence du fait que la plupart (88 %) des détections ont jusque-là été faites en interne de la CPAM

[57] Hors gynécologie et ophtalmologie.

Nature du renoncement	Effectifs	%
Achat de médicaments	21	1,64
Actes de chirurgie	34	2,65
Analyses médicales	31	2,42
Appareil auditif	50	3,90
Autres spécialistes	102	7,96
Chaussures orthopédiques	1	0,08
Consultations ophtalmologue	34	2,65
Consultations Généraliste	42	3,28
Consultations gynécologues	16	1,25
Fournitures médicales	6	0,47
Lunettes	138	10,76
Matériel médical	4	0,31
Orthodontie	32	2,50
Séances de kinésithérapie	18	1,40
Semelles orthopédiques	9	0,70
Soins dentaires (proth. Et chir.)	633	49,37
Soins dentaires (conservateurs)	111	8,66
TOTAL	**1282***	**100**

*Les personnes ont pu déclarer plusieurs renoncements.

La durée du renoncement varie aussi fortement en fonction de la nature de celui-ci. L'absence de soins dentaires et optiques a, plus que les autres, tendance à s'installer dans la durée, d'après les personnes interrogées. Il est parallèlement utile de noter que beaucoup des renonçants rencontrés en entretien sont pris en charge par l'Assurance Maladie au titre d'une ALD. Cette femme l'exprime ainsi :

« Je me soigne pour mon autre santé », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Ces personnes peuvent donc être en contact régulier, voire même fréquent, avec le système de santé et de protection maladie, être suivies de près par leur médecin traitant et être parallèlement en situation de renoncement :

« J'ai une pathologie, je prends quinze cachets par jour, mais pour le dentier… », C09, Homme, retraité, en ALD, vit seul.

En général, sont concernés dans ces cas ci, les soins non pris en charge au titre de l'ALD et pour lesquels les personnes sont donc exposées aux restes à charge ou/et aux avances de frais, en fonction de leur situation par rapport à la complémentaire. Ce peut aussi être la lassitude qui découle d'un besoin de soins conséquent en volume qui peut amener les personnes atteintes de pathologies chroniques à se tenir à distance des soins qu'elles ne jugent pas comme impérativement nécessaires. Paradoxalement, le renoncement aux soins peut ainsi naître, dans certains cas, d'un rapport trop étroit avec le système de santé et les soignants.

Plus souvent tout de même, c'est bien également parce que les personnes ne parlent pas de certains besoins de soins avec les médecins qui les prennent en charge qu'elles ne leur donnent pas la possibilité d'intervenir ou de les guider en la matière. Que les personnes estiment que « le généraliste

ne peut pas s'occuper des dents » comme l'indiquent les mots qui suivent : *« Non, non. Je n'en ai jamais parlé avec lui. Pour les dents non. C'est pas lui qui… »*[58], qu'elles pensent que ce n'est pas le rôle du médecin traitant que de s'occuper de leurs difficultés d'accès à certains soins ou/et qu'elles se refusent à lui exposer leurs situations financières compliquées, le résultat est identique ; il n'existe pas, ou peu, de prises sur ces situations pour les professionnels de santé qui, bien souvent, de fait n'en ont ni connaissance, ni conscience.

1.4. Des personnes qui recherchent des solutions ou « bricolent » des réponses à leurs besoins de soins.

Prises dans des difficultés quotidiennes dont font partie les problèmes rencontrés en matière de soins, les personnes ne baissent pour autant pas les bras. Même si elles n'en parlent pas nécessairement aux acteurs qui pourraient leur apporter un conseil, une information utile, la plupart des assurés rencontrés en entretien cherche ou a cherché des solutions pour sortir de l'impossibilité de se soigner ; plusieurs expliquent par exemple avoir fait ou tenté de faire un emprunt bancaire :

« J'ai été voir ce qu'ils me proposent à ma banque et puis j'ai été voir un courtier. Parce que même pour 10 000 euros, il faut compter presque 300 euros de crédit par mois pendant cinq ans. Ils ne vont pas au-delà. Mais bon, 300 euros par mois, c'est un budget énorme, ça le faisait pas », D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Quelques personnes se sont tournées vers des proches pour se faire prêter une somme d'argent ; mais bien souvent cela n'a pas été possible :

« J'en ai parlé à ma sœur, elle est enseignante. Mais bon, elle aussi, elle a pas un gros salaire et elle a deux filles, elle pouvait pas, elle peut pas… Elle m'aide déjà pour la maison », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

De nombreux renonçants ont quant à eux essayé de s'informer sur les aides existantes en matière de santé en se renseignant autour d'eux :

« Ah bah ça c'est parce que je parlais de mes dents, et j'ai eu des échos, un monsieur quelconque, je ne me rappelle plus, m'a dit : « Et bien ! Allez-vous renseigner à la CPAM, il existe euh, je ne sais plus comment il m'a dit ça, une caisse noire ou un truc de solidarité, essayez d'aller voir ». B04, Homme 60 ans, vit seul.

« J'en ai ensuite parlé avec l'assistante sociale parce qu'une amie m'avait parlé des aides pour les mutuelles. Mais je ne pensais pas y avoir droit par rapport à ma situation », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

« Je crois l'avoir su grâce à une patiente. On parle de tout avec les patients parce qu'on se côtoie pendant des années. Je leur disais que j'avais des problèmes de dents, parce que parfois il y en a qui peuvent trouver des solutions. Et là c'est une patiente qui m'a dit qu'il existait quelque chose, c'est pour ça que je suis venue me renseigner ». D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

[58] A03, Homme, retraité, en couple.

Comme l'indique la femme ci-dessus, les conseils donnés par des personnes de leur entourage sont d'ailleurs bien souvent ce qui les a conduites vers les acteurs qui ont détecté le renoncement. Toutefois et même si les personnes tentent ou ont tenté de réagir, les changements brutaux ou successifs dans leur situation de vie et/ou leur statut les ont souvent amenées à se perdre complètement par rapport à leurs droits et à être très en difficulté pour se repérer dans les systèmes de protection maladie – sociale plus globalement – et de santé. Beaucoup, de ce fait, ne semblent plus savoir « par quel bout prendre le problème ».

Le récit de certains renonçants donnent l'impression qu'ils se sont longtemps battus contre des moulins à vent, que ne sachant pas ou plus à quelle porte frapper ils les ont toutes essayées, allant même parfois jusqu'à écrire au Président de la République pour dire leur colère, leur rage, de ne pouvoir se faire soigner et surtout que personne ne les écoute. Lorsque certaines personnes crient leur désarroi, d'autres se sont murées dans le silence. Ne parlant à personne de leurs difficultés par rapport aux soins, pas même à leur entourage proche lorsque celui-ci existe, ces personnes, avant d'être prises en charge par la PFIDASS, avaient d'ailleurs baissé les bras et abandonné l'idée même de pouvoir réaliser le soin absent un jour.

Dans ces différents cas de figure, les personnes tentent en tout cas de s'adapter au mieux, de « bricoler » des solutions à leurs problèmes de santé et de pallier aux conséquences parfois quotidiennes de l'absence de soin(s) :

« Je n'étais pas aveugle encore alors bon. C'est sûr que je me tenais comme ça [elle colle une feuille contre son visage] *pour regarder mieux de près »,* A01, Femme, retraitée, 63 ans, vit seule.

Certaines personnes qui n'arrivent plus à accéder aux soins de ville déclarent quant à elles reporter systématiquement leurs demandes de soins sur l'hôpital :

« Je fais tout à l'hôpital pour ne pas payer. Comment voulez-vous faire ? Toutes mes consultations, je fais ça », C09, Homme, retraité, 61 ans, en ALD, vit seul.

Ainsi, que les personnes aient continué ou arrêté de chercher des solutions pour « sortir » du renoncement, toutes ont mis en place des stratégies pour que l'absence de soins soit supportable au quotidien ou pour ne pas compliquer encore plus la situation. On peut citer l'exemple de cette jeune femme restée plusieurs mois sans protection maladie de base ni complémentaire qui, lorsqu'on lui proposait des activités de loisirs jugées « risquées » par rapport à la santé, « préférait » décliner l'invitation par peur de se blesser et de devoir faire face à des frais médicaux :

« *Parce qu'en fait on ne peut rien faire sans assurance, on peut pas aller à la neige par exemple. On prend à chaque fois un risque, j'avais peur, en voiture aussi… Si des copains me proposaient d'aller au ski, c'était clair que je refusais* », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

Une femme d'une cinquantaine d'années, qui ne pouvait pas financer ses soins dentaires, sortait quant à elle le plus rarement possible de son domicile ; ne supportant plus son appareil dentaire qui lui provoquait de violentes douleurs mais ne voulant pas se « montrer sans dents », elle avait fini par rester cloîtrée entre ses quatre murs et ne sortait qu'en cas de nécessité, pour aller faire ses courses alimentaires notamment. Sa vie était rythmée par le temps durant lequel elle arrivait à supporter son appareil ; elle minutait donc la durée de ses sorties avec précision et rentrait le plus vite possible chez elle pour stopper les douleurs provoquées par le port de l'appareil usagé :

« Il y a des problèmes, comme ceux de mes dents qui s'installent, avec des douleurs intenables, mais invisibles. Au quotidien, il y a une souffrance. Et vous ne pouvez pas sortir de chez vous sans réfléchir à vos dents : « est-ce que je mets mon appareil ? Oui, mais les douleurs vont être plus fortes… Non, mais

je ne peux pas montrer mon visage sans l'appareil ». Alors on ne sort plus. Si, juste pour aller aux courses, le plus vite possible. Puis, on s'enferme à nouveau », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

1.5. Le renoncement aux soins : de multiples conséquences individuelles et sociales.

A. *Des conséquences individuelles en cascade : de la détérioration de l'état de santé physique et mental, à l'impact sur la vie professionnelle, familiale et/ou sociale.*

On comprend à travers le verbatim précédant que le renoncement n'est pas sans conséquences sur la santé et, plus globalement, sur différentes dimensions de la vie des personnes concernées. Les problèmes dentaires importants non pris en charge entraînent en particulier pour les personnes qui en souffrent de multiples conséquences. Le retentissement sur l'alimentation est bien souvent notable, les personnes arrêtant de manger certains aliments, en mixant d'autres pour ne pas devoir les mâcher :

« Je faisais comme chacun fait, on mange avec des trous. Voilà ». A03, Homme, retraité, en couple.

« Et moi depuis deux ans que j'ai ces problèmes, j'ai pris du poids, j'ai pris presque vingt kilos ! Je ne mâche pas ! », D06, Femme, 37 ans, en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Comme ces lignes l'indiquent, divers problèmes peuvent en outre découler de l'impossibilité de mâcher ou de s'alimenter correctement. Une partie des renonçants à des soins dentaires se tourne d'ailleurs vers le système de santé pour soulager ses problématiques digestives. Ainsi, l'absence de certains soins et les conséquences afférentes obligent parfois les personnes à recourir à d'autres soins, à prendre dans certains cas des médicaments qui, très certainement ne seraient pas nécessaires, si les soins « initiaux » pouvaient être réalisés.

Il arrive aussi que l'inquiétude générée par le fait de ne pas pouvoir se soigner, liée généralement à de nombreux autres soucis, contraigne les personnes à utiliser des médications - prescrites ou non par un médecin, plusieurs renonçants ayant expliqué « emprunter » les médicaments de proches - pour réussir à dormir. Le renoncement à un soin peut ainsi amener les personnes à recourir à d'autres (en général moins onéreux) ou à pratiquer l'automédication dans des conditions qui, semble-t-il, peuvent parfois présenter un caractère de dangerosité. Les propos de cet homme le soulignent :

« J'avais tellement mal et j'en pouvais tellement plus que j'en étais arrivé à avaler des médicaments à la maison, j'avais pris un peu de tout et n'importe quoi et pour l'anecdote rigolote, parce que c'était un moment pas rigolo, j'ai tellement pris de médicaments sans regarder ce que je prenais que j'avais même avalé les comprimés qui sont pour mon chat donc pour vous dire… Mais à un moment donné mon corps a dit : « non, non, t'arrête tes bêtises là, c'est pas le moment ». Et j'ai été malade… Au moins avec tout ce cocktail, cette nuit-là j'ai bien dormi… [Il rit]. *Parce que sinon la perte de sommeil… Elle est proportionnelle à la prise de poids je crois »*, H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

Les problèmes de vue non soignés ne sont pas non plus sans incidence sur le quotidien. Difficultés à lire, maux de tête, gêne à la conduite… Pourtant, les renoncements en la matière sont ceux qui apparaissent les plus intégrés par les personnes concernées. Ces dernières expliquent s'y habituer, trouvent des parades alors même que l'absence de lunettes adaptées à la problématique de vision peut dans certains cas mettre en danger les personnes, comme nous l'explique un médecin en évoquant le cas de l'un de ses patients :

« *Je reviens à cet autoentrepreneur qui maintenant qu'il a fait un bilan pense que c'est reparti pour 10 ans alors qu'il y voit rien et qu'il est conducteur d'engins. Il n'a pas la perception des conséquences potentielles pour lui et les autres, alors que pourtant ça le gêne au quotidien* », Entretien avec un détecteur PFIDASS, médecin au CES, qui évoque le cas d'un patient.

Il arrive ainsi, et comme le suggère d'ailleurs le professionnel ci-dessus, que le renoncement soit tellement fortement intégré par les personnes, qu'elles oublient complètement d'en parler et nient parfois aussi les conséquences pour elles et autrui ; c'est le cas de cette jeune femme reçue en entretien dont l'attitude corporelle, la manière de regarder, de plisser les yeux, laissent supposer un problème de vue ; cette femme n'en a jamais parlé dans le cadre de son accompagnement par la PFIDASS. Ce n'est qu'au bout d'une heure d'entretien qu'elle aborde finalement le sujet :

« C'est comme mes yeux, je crois que je regarde pas bien mais bon, c'est comme ça », H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

De manière générale, renoncer à un ou à des soins n'est pas sans impact sur le quotidien des personnes et sur leur qualité de vie. Les douleurs parfois permanentes peuvent compliquer la réalisation de certaines tâches au domicile ainsi que dans le cadre de l'activité professionnelle lorsque les personnes en ont une ; elles peuvent également affecter le moral et contribuer largement à l'état d'anxiété et d'angoisse décrit par certaines renonçants :

« Je suis angoissé… Bah là je fais avec ma douleur. Je prends des cachets et voilà, des tranquillisants ». A03, Homme, retraité, en couple.

Lorsque les douleurs sont prégnantes mais que les personnes ne perçoivent pas de solutions pour se soigner, comment pourraient-elles ne pas craindre également une aggravation de leur problème de santé, l'apparition d'autres pathologies ? L'absence de soins n'est pas sans incidence sur l'état de santé physique et mental des personnes ; dans certains cas, elle compromet en outre leurs perspectives professionnelles ou la participation à une formation comme l'indiquent les verbatim qui suivent :

« Ça m'a bien gêné pour le boulot. J'avais des contacts, des rendez-vous… Mais il est arrivé que des personnes me disent de revenir les voir quand ce serait réglé… Je vais même vous dire, on m'a fait travailler pendant 5 jours dans un grand hôtel pour au final me dire : « non, votre problème dentaire est vraiment trop important, les clients le remarquent ». Je leur ai dit : « mais mon problème dentaire vous l'avez pas découvert, on l'a évoqué ensemble ? », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

« J'ai eu il y a quelques mois une belle rougeole et je m'étais pas soignée. Je pouvais pas. J'ai mis des lunettes de soleil, j'ai dormi pendant plusieurs jours, une fois que tous les points rouges étaient sortis ça allait mieux. J'avais un peu peur que ce soit dangereux et j'ai pas pu aller en cours pendant ce temps », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

En parallèle et parfois en plus des conséquences sur la vie professionnelle ou la mise en place de celle-ci, le renoncement aux soins peut affecter la vie familiale et sociale des personnes. Pour certains parents, l'absence de soins, les douleurs et « pensées noires » qui en découlent, peuvent par exemple compliquer la « gestion » des enfants. Assumer les tâches du quotidien, être dans de bonnes dispositions avec ses proches, devient ainsi difficile. Il arrive même que les enfants s'inquiètent de l'état de santé de leurs parents et perçoivent, même si ceux-ci n'en parlent pas ouvertement, les difficultés rencontrées par rapport aux soins.

Une mère de deux adolescents explique aussi sa culpabilité de devoir renoncer à soigner ses enfants. Les difficultés pour accéder aux soins concernent en effet toute la famille. Si par le passé, les enfants

faisaient un suivi régulier chez le dentiste et étaient à jour dans leur calendrier de vaccination, c'est désormais fini. Depuis qu'un accident de la route a contraint le père à arrêter de travailler, depuis que la mère a perdu son emploi et, par la même occasion sa complémentaire cofinancée par son employeur, toute la famille s'est peu à peu éloignée du système de santé, se trouvant dans l'impossibilité de faire face aux restes à charge des soins. La souffrance peut alors venir du fait que les personnes savent toute l'importance d'être attentif à sa santé et à celle de ses proches mais qu'elles ne peuvent pas faire face pour des raisons matérielles :

« Avant l'accident de mon mari, je ne m'étais jamais inquiétée pour mes remboursements de soins… Parce que je travaillais à l'hôpital donc j'avais pris la mutuelle de l'hôpital, j'avais des prélèvements automatiques sur mon salaire. Après, mon contrat n'a pas été renouvelé donc je me suis retrouvée au chômage et c'est là qu'est apparue la difficulté des soins pour mes enfants, moi-même et mon mari. Je faisais le minimum de soins pour mes enfants, je faisais même plus tout ce qui concerne les vaccins. Tout ce qui concerne les dents, les yeux, c'était pas ma priorité non plus et on ne faisait plus, c'est dur de savoir que c'est important et qu'on peut pas. Alors on finit pas faire comme ci… », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

Edifier des remparts à certaines craintes devient alors une nécessité ; c'est le cas de cette mère qui dit avoir souvent tenté de se rassurer par rapport à cette situation, essayant de se convaincre « que ses enfants étaient jeunes, en forme, et que ce n'était pas trop grave ». Le renoncement d'une mère (une femme âgée de 80 ans) peut aussi peser très lourdement sur le quotidien d'une fille qui tente coûte que coûte de trouver une solution. Si la mère vit plutôt bien le fait de ne pas avoir de lunettes, se disant que *« c'est comme ça, que ça va, tout va bien. La vie est dure, c'est comme ça »*[59], et ne ressent aucune conséquence de cette situation dans son quotidien, sa fille – une femme approchant la soixantaine, confrontée à de multiples difficultés : le décès de son mari, le chômage, la dépression – ne peut supporter cette impossibilité d'accéder à certains soins alors que la santé de sa maman est, selon elle, fragile :

« Mais si ça te gêne quand même, tu n'arrives plus à mettre l'aiguille… Et ta santé de toute façon ça va pas trop, tu dois le dire », H2, Femme, 83 ans, retraitée, veuve, vit seule (propos de la fille de cette personne).

A différents moments de l'entretien, on comprend à travers les mots de la fille que c'est aussi de préserver la dignité de sa mère vieillissante dont il s'agit.

Plus fréquemment encore que les conséquences sur la vie familiale, les entretiens réalisés auprès des renonçants montrent l'incidence que peut avoir l'absence de soins sur la vie sociale. A côté de cette jeune femme qui s'empêche de pratiquer certaines activités, nombreuses sont les personnes confrontées à une absence de soins dentaires, hommes et femmes, qui évoquent cela :

« Et avec des dents pareilles, je n'ai plus de vie intime, j'ai tellement honte. Vous imaginez au réveil voir quelqu'un comme moi ? Ça me fait paraître 15 ans de plus cette absence de dents… Je suis très isolée », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Dans le cas de cette femme, c'est bien la vie sociale mais aussi intime qui est mise à mal par l'existence de besoins de soins non satisfaits.

[59] H2, Femme, 83 ans, retraitée, veuve, vit seule. Entretien réalisée en présence de la fille de Madame.

B. Des conséquences sur les rapports sociaux.

Au-delà des multiples conséquences individuelles, on ne peut passer sous silence l'impact sur les rapports sociaux du renoncement aux soins. Il ressort des échanges avec les renonçants que plusieurs d'entre eux ressentent le fait de ne pas pouvoir se soigner comme une forme d'exclusion de la société, en tout cas comme une exclusion des possibilités offertes par la société à tout un chacun. On comprend ainsi à travers les mots de certains que le renoncement les interroge quant à leur place dans la société et/ou leur possibilité de s'insérer dans celle-ci – c'est ici plutôt le cas des plus jeunes.

De manière liée, il apparaît donc dans plusieurs récits un sentiment d'injustice mais aussi un certain ressentiment envers ceux qui peuvent se faire soigner parce qu'ils sont plus aisés financièrement ou parce qu'ils le sont moins et ont, de ce fait et selon les renonçants, accès à des aides dont eux-mêmes ne peuvent pas bénéficier. Ce ressentiment peut se porter sur un cousin plus riche et qui, lui, a pu avoir de nouvelles dents, sur les étrangers à qui « l'Etat donne tout », sur une voisine, bénéficiaire de la CMU et qui ferait appel à un transport sanitaire au moindre bobo… :

« C'est comme pour l'ACS – je saute du coq à l'âne parce que sinon je ne m'en rappelle plus – l'ACS il ne faut pas dépasser 11 670 euros par an pour l'avoir. Et moi j'ai 11 760 euros, ça fait 100 euros par an, même pas 10 euros par mois. Et on ne me la donne pas ? Alors qu'on débloque tous ces milliards maintenant pour les réfugiés ? Je ne suis pas contre qu'ils aident ces gens, mais pas sur mon compte, pas sur le compte des malades ! C'est tout ce que j'ai à dire », C09, Homme, retraité, en ALD, vit seul.

Derrière les mots des renonçants, à travers parfois la virulence de leurs propos, il y a aussi cette idée que certains abuseraient de la solidarité nationale et que ce serait peut-être aussi pour ça qu'eux ne pourraient pas se soigner :

« C'est comme partout, il y a des gens qui vont danser et qui, le lendemain, appellent le docteur pour lui faire un bon pour aller faire une consultation par exemple. Maintenant la Sécu fait quand même attention à ce qu'elle fait. Mais c'est vrai qu'il y a eu trop d'abus dessus et ça je l'ai toujours eu en tête. Maintenant on en est là… », A01, Femme, retraitée, 63 ans, vit seule.

Dans de nombreux récits, il y a donc un autre qui est en cause, à qui les personnes prêtent des comportements particuliers, irresponsables, et qu'elles accusent de manière à peine voilée d'être un peu responsable des difficultés auxquelles elles font face. Des oppositions, des frontières entre ceux qui auraient droit ou non d'être aidés, ceux qui le mériteraient, se dessinent ainsi nettement dans certains récits. Assez logiquement et de manière liée, une partie des renonçants peut passer plusieurs minutes lors des entretiens à auto-justifier le fait d'avoir besoin d'aide et à expliquer que « ça n'arrivera plus ».

On comprend que, pour une partie non négligeable des personnes rencontrées, il peut être difficile de demander cette aide, que faire le pas qui les a conduites vers le « système » PFIDASS a pu être vécu comme une épreuve :

« Je suis venu demander de l'aide contraint et forcé », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

Alors que certaines personnes se sont tournées assez naturellement vers des acteurs sociaux - Mission locale pour les plus jeunes engagés dans une démarche pour leur insertion professionnelle, assistante sociale de la CARSAT ou de la mairie du lieu de résidence avec qui les renonçants ont déjà été en contact par le passé - pour tenter de « débrouiller » leur situation compliquée, d'autres ont franchi la

porte de la Caisse primaire ou pris contact avec un travailleur social à reculons, « forcées et contraintes » comme l'indique le témoignage précédent.

En fonction des parcours professionnels des renonçants, de ce qu'ils ont entendu, étant enfants, concernant la nécessité de se débrouiller seul dans la vie, de ne compter que sur soi-même, des représentations qu'ils projettent aussi sur les bénéficiaires de « l'Etat social », tous ne se positionnent pas de la même façon comme « demandeurs ». D'où le fait qu'une partie des personnes accompagnées par la PFIDASS n'aient pas eu recours auparavant à ses droits en matière de complémentaire santé, CMU C ou ACS, ou n'aient jamais eu l'idée de faire une demande d'aide exceptionnelle auprès de la caisse primaire. Si la grande majorité des renonçants accompagnés ressent, comme nous l'avons dit, le besoin de se justifier en permanence concernant les difficultés rencontrées par rapport aux soins et de « rendre » en quelque sorte ce que la PFIDASS leur a apporté, seuls quelques-uns disent quant à eux se sentir légitimes à bénéficier d'un soutien et avoir le droit de recevoir de l'aide parce que, comme tout le monde, ils ont « contribué au système » :

« C'est sûr que j'ai travaillé toute ma vie. J'ai payé la Sécurité Sociale, j'ai payé la retraite, j'ai payé tout ça. Aujourd'hui, c'est à mon tour d'avoir quelque chose », D04, Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

2. QUAND L'INSTITUTION VA VERS LES ASSURES ET « PREND ACTE » DE LEURS DIFFICULTES.

Alors que la plupart des personnes détectées en renoncement et dont la situation a fait l'objet d'une saisine de la PFIDASS a eu du mal à franchir le seuil de la caisse primaire pour solliciter une aide ou demander un renseignement, le pas fait, suite à la détection, par l'institution pour proposer un accompagnement vers les soins constitue le premier point largement plébiscité par les personnes accompagnées. Quand demander de l'aide n'a rien d'évident et renvoie en outre les personnes à leurs conditions de vie difficiles, la prise en considération de leurs demandes et, plus encore, de leurs besoins par l'Assurance Maladie revêt une signification toute particulière.

2.1. L'importance pour les personnes d'être contactées par la CPAM suite à la détection.

Ainsi, l'un des aspects que les personnes disent avoir tout particulièrement apprécié concernant leur prise en charge par la PFIDASS est qu'un agent de la CPAM les rappelle. Plus habituées à devoir franchir de leur propre chef la porte des organismes sociaux et des services publics en général, le fait que l'Assurance maladie fasse cette fois-ci le chemin inverse est qualifié par la grande majorité des personnes de « surprise » :

« Et c'est de là que Mme C. a dû voir mon dossier et elle m'a rappelé. C'était une surprise, je n'y croyais pas, je me suis dit qu'ils allaient peut-être juste me parler, me dire : « Monsieur B. vous n'avez droit à rien ». Non, ils ont regardé le dossier, ils ont trouvé une aide et elle m'a dit : « Il y a des solutions, on va essayer de voir ». Et j'ai trouvé que c'était important, il n'y a pas de regret quoi, parce qu'ils m'ont aidé », A07, Homme, 53 ans, vit seul.

« Ils ont donc ouvert les dossiers, ils sont venus eux à mon aide ». A03, Homme, retraité, en couple.

Ce pas de la CPAM paraît tout particulièrement important pour les renonçants qui expriment une honte à demander de l'aide, qui ont rarement fait ce type de démarches par le passé et pour lesquels se mettre en position de demandeur semble profondément coûteux :

« Je savais que je pouvais peut-être avoir droit, mais j'ai eu du mal à venir demander. Rien que de venir ici au guichet… On parle à voix basse… On a honte. Qu'on me rappelle, ça a tout changé… », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

« Et elle m'a demandé pourquoi je ne faisais pas de demande. Je lui ai dit, comme je l'avais déjà dit à je ne sais pas qui au téléphone, à madame C. : « Vous savez moi j'ai un peu honte, on a vécu et jamais on n'a fait appel à quoi que ce soit ! On s'est toujours débrouillés, quand j'avais mes enfants et mon mari et puis par la suite. Alors je ne veux pas aller quémander des choses ni rien ». Mais c'est vous qui m'avez rappelée alors je me suis dit que c'était une chance ». A01, Femme, 63 ans, retraitée, vit seule.

Si la grande majorité des personnes avait été informée de cette manière de procéder au moment de la détection, les entretiens montrent que la réception de cette information et l'interprétation qui en a été faite lors de l'échange avec le détecteur ont été diverses : une partie des assurés se souvient avoir reçu cette information mais explique n'avoir pas vraiment compris ce qui allait se passer suite à l'entretien de détection ; une autre a au contraire bien compris cette information mais doutait en revanche fortement qu'une suite soit donnée par la CPAM à la première entrevue ; pour quelques personnes enfin, la surprise découle du fait qu'elles n'avaient absolument pas saisi qu'elles allaient être recontactées par la caisse primaire. C'est notamment le cas d'assurés rencontrant des difficultés de compréhension de la langue française.

C'est bien souvent une sorte de contentement qui a suivi la surprise. Pour quelques personnes toutefois, on perçoit au travers des mots utilisés lors des entretiens qu'elles ont pu être agacées, voire même méfiantes, quand elles ont reçu le premier appel de la PFIDASS. Certaines paraissent même avoir anticipé une mauvaise nouvelle, un problème concernant par exemple leur protection ou leur prise en charge pour les personnes en ALD ou en invalidité. Le fait que la plupart des renonçants ne voient pas dans la CPAM un interlocuteur capable de les aider par rapport à leurs difficultés d'accès aux soins a pu contribuer à ce type de réactions et compliquer par là même le démarrage de l'accompagnement :

« Je me suis demandée comment ça se faisait que la Sécu m'appelle, c'était bizarre, surtout pour ça. La Sécu ça n'appelle pas pour ça », C01, Femme, 50 ans, deux enfants à charge.

Dans certains cas, l'appel de la CPAM a pu être vécu comme intrusif et ressenti comme un jugement par rapport à une situation sur laquelle les personnes avaient l'impression de ne pas avoir de prise et se sentaient démunies. Le verbatim qui suit traduit parfaitement cela :

« Je me suis dit : « mais qu'est-ce qu'ils me veulent ? », je pensais : « ça me regarde tout ça » », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

Quelques personnes expliquent quant à elles avoir hésité à s'engager dans l'accompagnement, inquiètes à l'idée de devoir faire de nombreuses démarches pour pourvoir réaliser leurs soins et ne s'en sentant pas nécessairement la force :

« Quand J. m'a proposé de faire ça, sur le coup j'ai hésité. Il y a des jours où je n'ai plus envie de rien. Bon, c'est comme ça. Ça me semblait lourd. Et puis elle m'a dit qu'il ne fallait pas que je m'inquiète, que je n'aurais pas de soucis, que s'ils prenaient en charge une telle somme et bien tant mieux, s'ils en prenaient un peu moins et bien nous verrions ensemble comment faire. Elle m'a vraiment mis à l'aise ». D04, Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

On comprend à travers ces mots à quel point le premier contact téléphonique entre l'accompagnant et l'assuré est important ; la diversité des réactions demande aux agents de la PFIDASS d'adapter la manière de se présenter et de parler du service proposé par la plateforme. Et, tout comme c'est le cas de l'entretien de détection, ce contact téléphonique initial, aussi important qu'il soit, ne garantit pas avec certitude l'engagement de la personne dans l'accompagnement. Il semble tout de même que, si l'assuré a rapidement le sentiment que l'agent ne lui parle pas d'une offre de service « généraliste », proposée aussi à tous les autres assurés et qui ne trouvera pas nécessairement de concrétisation, mais bien d'un service qui a vocation à prendre en compte sa situation personnelle et à y répondre de manière spécifique, l'adhésion soit plus évidente. En ce sens, plus les informations dont disposent les accompagnants sur la situation des personnes et sur leurs difficultés sont précises, plus ce sentiment de se voir proposer un service spécifique et répondant possiblement aux besoins peut être présent. Cette femme l'explique bien :

« Bon et j'ai rapidement vu qu'elle savait de quoi elle parlait, qu'elle avait bien compris mon problème… Ça m'a mise en confiance », D04, Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

2.2. Le sentiment d'une préoccupation de l'institution : quand l'Assurance maladie « prend acte » des difficultés d'accès aux soins.

Derrière le pas fait par la CPAM, ce qui importe aux personnes est le sentiment d'une préoccupation de l'institution pour elles et pour les difficultés rencontrées ; pour les assurés qui ont frappé à de multiples portes pour tenter de faire entendre leurs problématiques en matière de soins et pour ceux qui ont toujours eu l'impression d'être « des numéros » aux yeux des acteurs administratifs, cet appel d'un organisme social signe déjà une reconnaissance et emporte en ce sens un premier soulagement :

« Je dirais que c'était comme une forme de reconnaissance de mes problèmes », H1, Femme, 66 ans, retraitée, en ALD, vit seule.

Au-delà de la reconnaissance des difficultés rencontrées, c'est bien d'exister aux yeux de la Caisse primaire dont il s'agit. D'un coup, le mur infranchissable de l'administration paraît moins haut, moins hermétique aussi. Les mots de cet assuré sont à cet égard significatifs :

« J'aurais jamais pensé que le coup de pouce il viendrait d'une administration parce que ça a un côté un peu… pot de terre contre pot de fer… Y'a comme un bloc et vous, vous êtes en face de ça et vous existez pas, à part par votre numéro d'allocataire. Là si, c'était comme si j'étais le seul assuré… », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

Cette dernière phrase est particulièrement intéressante car elle signifie à quel point il peut être important pour les personnes d'être considérées dans la « masse » des assurés. A l'heure où l'Assurance Maladie tend à travers la PFIDASS comme par la mise en place d'autres actions PLANIR à inclure chaque assuré dans ses fonctionnements, les personnes contactées par la plateforme paraissent ressentir concrètement cette préoccupation accrue :

« En tout cas c'est gentil des appels comme ça, on voit qu'on s'occupe de nous. Ce petit suivi, je le comprends très bien ». A03, Homme, retraité, en couple.

« J'ai été accueillie par rapport à ma demande, je n'y croyais pas. Et une dame d'ici m'a téléphoné, je ne sais plus son nom, et m'a dit que s'il y avait un souci, on pouvait voir ensemble », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Les mots de cette assurée, son expression aussi au moment de l'entretien, évoquent avec justesse ce sentiment d'être entendue dans sa demande et le soulagement que celle-ci soit prise en considération, entrouvrant par là-même la porte à une éventuelle solution. Certains verbatim permettent de comprendre que c'est tout autant le fait que la Caisse primaire prenne acte des problématiques sanitaires, que celui de laisser entrevoir une solution qui est important, en particulier pour les personnes ayant le sentiment d'avoir été abandonnées par les institutions et/ou ayant l'impression de s'être longtemps débattues seules pour tenter de se faire soigner :

« Quand on voit que quelqu'un s'intéresse. Parce que généralement, les administrations ne t'appellent pas pour te dire qu'il te manque ça, ou ça. Ah oui ! Parce que là cette personne appelle. C'est vrai qu'il y en a beaucoup qui n'appelaient pas. Ça y fait aussi je pense. Avant, j'avais plus trop envie d'aller demander. Quand on t'envoie sur les roses… Moi je me sentais toujours inférieure. Des fois je me repliais quand même. Là j'ai vu que ça allait beaucoup m'apporter vis-à-vis de ma santé, de mes démarches comme ça », A01, Femme, retraitée, 63 ans, vit seule.

En revanche et là encore, pour certains des assurés ayant baissé les bras et déclarant avoir voulu oublier leurs besoins de soins, la préoccupation de l'institution a pu paraître pesante ; loin d'être un soulagement, l'appel de la PFIDASS et la proposition d'accompagnement ont été au contraire interprétés, dans quelques cas, comme un rappel à l'ordre. D'où la nécessité pour les accompagnants de très vite démontrer leur compréhension de la situation et signifier la possibilité d'une aide concrète de la CPAM pour éviter les refus :

« Moi je veux bien qu'on me dise « Pourquoi vous vous êtes pas fait soignés ?? Mais… Faute de moyens !! Mais à partir du moment où ils montrent qu'ils sont prêts à nous aider, ça change… » A03, Homme retraité, en couple.

« Beaucoup de médecins veulent que je mette des appareils en haut et en bas. Mais franchement à ceux qui me disent ça, je leur souhaite la même chose pour qu'ils comprennent ce que c'est, parce que ce n'est franchement pas évident ! Quand on t'appelle pour te parler de ça, tu le prends pas forcément bien au début, t'as un peu l'impression que c'est comme les autres : « fais-ci, fais-ça !! », D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge.

3. L'IMPORTANCE POUR LES PERSONNES D'ETRE ACCOMPAGNEES PAR UN « REFERENT » DANS LEUR PARCOURS D'ACCES AUX SOINS.

3.1. Des personnes qui se sentent moins seules pour résoudre leurs difficultés et qui, progressivement, reprennent confiance dans l'administration.

Il ressort ainsi des entretiens que parfois la seule perspective d'être accompagnées par rapport à leurs difficultés d'accès aux soins a déjà permis aux personnes de se sentir moins seules face au renoncement :

« Pour la première fois depuis longtemps, quand on m'a contactée, je me suis pas sentie toute seule face à mes problèmes de soins », H1, Femme, 66 ans, retraitée, en ALD, vit seule.

Cependant, si certains assurés se sentent pris en charge dès leur premier contact avec l'agent PFIDASS, pour d'autres, il faut un peu plus de temps ; le sentiment de pouvoir bénéficier concrètement d'un

soutien n'apparaît en effet pas toujours immédiatement, mais plutôt à mesure que prend forme une relation particulière entre accompagnants et assurés :

« Je savais pas trop, je me suis dit : « Bon, je vais quand même aller voir ce rendez-vous, ce qu'il en est ». Puis on a fait un dossier ensemble, il s'est chargé de chercher une mutuelle pour moi, après on s'est recontactés, il m'a dit : « Voilà y a cette mutuelle », il m'a montré ce qu'il y avait dans cette mutuelle et puis j'ai dit d'accord. Après il a fait une demande d'aide, ça m'a été accordé et puis voilà. Au fur et à mesure, j'ai vu qu'il voulait m'aider et j'ai continué ». C01, Femme, 50 ans, deux enfants à charge.

A. L'importance d'avoir un interlocuteur « référent ».

En ce sens et alors que ce verbatim suggère que la continuité de l'accompagnement se rejoue quasiment à chaque interaction entre la PFIDASS et les renonçants dont la situation a fait l'objet d'une saisine, toutes les personnes rencontrées en entretien expliquent l'importance d'avoir été prises en charge par un interlocuteur unique :

« Là je me suis sentie vraiment épaulée par une personne, d'ailleurs je demandais : « ce sera toujours vous ? », et ça rassure de savoir que cette personne, c'est la « référente » on va dire. Et qu'on on va pas devoir tout redire à d'autres », H1, Femme, 66 ans, retraitée, en ALD, vit seule.

Ne pas devoir raconter leur « histoire » à de multiples reprises n'est pas anodin pour des personnes qui ont, par le passé, bien souvent eu l'impression de devoir se répéter au gré des changements d'interlocuteurs et de leurs tentatives infructueuses pour recevoir de l'aide :

« Je tiens avant tout à remercier monsieur O., qui m'a reçu ici, sinon je laissais tout tomber. Parce que quand vous êtes trimbalé de bureau en bureau, que vous êtes mal reçu par certaines personnes et que vous redites tout sans arrêt… Heureusement qu'il y a des personnes qui font leur travail, moi si je n'avais pas eu ce monsieur, je n'aurais pas fait mes dents », C09, Homme, Retraité, 61 ans, en ALD, vit seul.

Des travaux sur le non-recours soulignent en outre la crainte de certaines personnes de ne pas savoir « se raconter » d'une manière qui soit entendue par les acteurs administratifs, de ne pas réussir à présenter leur situation assez clairement pour être écoutées (Revil, 2014). Lorsque les interlocuteurs sont multiples, ce type de craintes peut se trouver attisé et réactivé à chaque interaction entre la personne et l'administration, venant par là-même nourrir une forme d'insécurité. Ne pas devoir se répéter, ni redonner les mêmes informations à plusieurs interlocuteurs, sécurise les personnes et conforte en outre leur impression d'être considérées, entendues et écoutées par l'institution.

Au-delà de cela, avoir un interlocuteur unique permet de tisser, au fil des interactions, une relation que les agents et les assurés qualifient de « privilégiée » et d'établir entre les uns et les autres un lien de confiance. Les mots des personnes rencontrées en entretien signalent à quel point il est essentiel d'avoir un interlocuteur vers qui se tourner « en direct », sans avoir à passer par une plateforme téléphonique. L'administration reprend alors un visage plus humain. C'est également un point qui rassure les assurés :

« Ils m'ont donné le numéro donc je pouvais téléphoner si j'avais la moindre interrogation. Je l'ai utilisé et ça c'est génial quand j'avais des doutes », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

B. Oser poser des questions et faire part d'éventuelles incompréhensions.

Dans ce contexte, ils osent davantage poser des questions qu'ils auraient certainement, dans d'autres circonstances, gardées pour eux ou pour lesquelles ils auraient eu du mal à obtenir des réponses. Alors que les incompréhensions concernant les démarches pour accéder aux droits et aux soins sont nombreuses, en particulier s'agissant de personnes qui n'ont jamais eu affaire aux organismes sociaux par le passé, pouvoir poser des questions pour lever certains doutes ou ambiguïtés apparait central :

« C'est parce que… [Il réfléchit] *tout le long que j'ai travaillé, je n'ai jamais eu ces démarches-là, je n'ai jamais rien demandé, que ce soit des aides ou quoi, je n'ai jamais rien demandé, je ne savais rien, là j'ai pu mieux comprendre »,* A07, Homme, 53 ans, vit seul.

En exprimant leurs incompréhensions à un interlocuteur qui leur a en outre signifié sa disponibilité pour y répondre, les personnes exercent ce qu'Henri Oberdorff a appelé dès les années 1990 : le droit à comprendre l'administration. Ce chercheur souligne que *« « si nul n'est censé ignorer la loi », cela suppose toutefois une certaine connaissance et compréhension »*[60]. Il explique que lorsque se mêlent complexité du droit et complexité de l'administration et de ses procédures, le parcours des usagers ne peut qu'être semé d'embûches. En ce sens, développer leur compréhension peut présenter un double avantage : d'une part, les personnes sont moins perdues dans les circuits administratifs et peuvent disposer de points de repère utiles. D'autre part, elles perçoivent mieux les raisonnements et les exigences administratifs et peuvent ainsi mettre en place des comportements plus proches de ceux souhaités par l'administration[61].

Dans le cadre de la PFIDASS, les entretiens montrent que la relation qui s'établit entre un agent référent et un assuré permet, dans de nombreux cas, au premier de donner de l'information sur des aides ou des services méconnus au second, mais également de lui expliquer la marche à suivre pour y accéder et en user :

« Je ne le savais pas [que l'ACS existait]*, maintenant oui »,* D04, Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

« On m'a expliqué quoi faire. Je me dis que ma mère m'aurait jamais aussi bien expliqué et accompagnée », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

Pouvoir bénéficier d'explications semble tout particulièrement important pour comprendre un peu mieux les mécanismes de remboursement des soins qui, bien souvent, restent obscurs aux yeux des personnes et pour, de manière liée, mieux se repérer dans les potentiels restes à charge ; il ressort des entretiens que, même lorsqu'ils ne sont pas objectivement confrontés à des restes à charge, les assurés les anticipent et se disent que *« de toute façon, les soins seront trop chers »*[62]. Cet homme l'évoque :

« Je ne savais pas comment ça se passait pour le remboursement par exemple. C'est souvent comme ça alors on s'imagine des trucs, on se fait notre propre idée… Là où je suis allé au cabinet dentaire sur Nîmes, ils ont envoyé certains papiers, certains documents parce qu'ils vous prennent par étape vous savez, toutes les semaines, des rendez-vous, et ils envoyaient tout au fur et à mesure à la Sécu. Alors il

[60] Oberdorff H., 1991, « L'émergence d'un droit de comprendre l'administration et le droit », Etudes et documents, Conseil d'Etat, rapport public, n°43, pp. 217-233.
[61] Revil Héléna, 2014, « Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel », thèse de doctorat, Université de Grenoble.
[62] H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

y a les prises en charge directes et là ils appellent ça « par courrier » ... Bon … J'y vois un peu plus clair maintenant ». A03, Homme, retraité, en couple.

Recevoir des explications est, parallèlement et d'après les personnes interviewées, indispensable pour accéder à la CMU C et à l'ACS ou à une protection complémentaire adaptée. Nombreuses sont les personnes auprès desquelles un entretien a été conduit à se dire perdues en la matière ou à l'avoir été :

« Je ne savais pas trop comment chercher. Pour payer et tout ça je ne savais pas trop… Je sais que les mutuelles ce n'est pas donné, y en a qui sont chères et puis il faut voir si elles payent entièrement tel ou tel rendez-vous. J'avais regardé un peu dans l'annuaire, mais après j'ai dit bon, je laisse tomber, on verra plus tard ». C01, Femme, 50 ans, deux enfants à charge.

De précédents travaux menés sur le non-recours à la CMU C et à l'ACS[63] ont montré que nombreuses sont les personnes à avoir commencé des démarches pour accéder à ces dispositifs et à avoir abandonné en cours de route, et ce à cause d'incompréhensions concernant le remplissage des dossiers, les pièces à fournir… L'analyse du non-recours vient en particulier signifier que les abandons prennent souvent forme lorsque les personnes doivent faire des choix : par exemple, quand il s'agit de décider qui sera l'organisme gestionnaire de leur CMU C ou de déterminer auprès de quel OC utiliser l'attestation ACS[64]… En laissant les personnes sans information suffisante à ces moments cruciaux de l'ouverture des droits, les organismes sociaux prennent le risque de perdre des personnes en route. L'un des mérites de la PFIDASS, selon les personnes accompagnées, est de ne pas laisser les personnes dépourvues d'explications au moment où elles doivent choisir entre plusieurs options, prendre un chemin plutôt qu'un autre. En informant les personnes sur leurs droits, en écoutant les incompréhensions et en apportant des explications aux différentes étapes de leurs parcours vers les soins, ce sont bien par exemple les cas de *non-connaissance* et de *non-réception* en matière de complémentaire que la PFIDASS tend à limiter[65].

C. Aiguiller, orienter, relayer les assurés dans leurs démarches vers les soins.

Plus globalement, cela permet de dérouler les plans d'accompagnement sans perdre les personnes en chemin. Les termes employés dans les entretiens sont à cet égard signifiants. Une partie des personnes accompagnées dit ainsi avoir été « aiguillée » ou « orientée » dans ses démarches et dans ses choix, là où parfois la tentation d'abandonner aurait pu être présente :

« Il me disait : « vous êtes allé là, c'est bien mais allez peut-être aussi au centre mutualiste… Et pour ma complémentaire : « regardez ça aussi et puis peut-être aussi ça » ». Vraiment, il y a eu un aiguillage. Sans ça, j'aurais peut-être pas été au bout », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

---

[63] Revil Héléna, « Le non-recours aux soins de santé », *La Vie des Idées*, 2014.
[64] Ce point semble rester d'actualité même après la réforme de l'ACS de 2015.
[65] Rappel des formes du non-recours (typologie explicative de l'Odenore) :

La *non-connaissance*, lorsque l'offre n'est pas connue.
La *non-proposition*, lorsque l'offre n'est pas activée malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre.
La *non-réception*, lorsque l'offre est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée.
La *non demande*, quand l'offre est connue mais pas demandée, ou bien un droit ouvert mais la prestation non utilisée.

Cet aiguillage paraît particulièrement utile dans le cadre des accompagnements de degré 2 et 3 qui se composent, généralement, de plusieurs actions successives et qui engagent parfois des montages financiers complexes ; l'apport d'explications par l'accompagnant référent sur et aux différentes étapes du processus permet aux personnes d'avancer dans leurs démarches en étant sécurisées, de se diriger parallèlement vers les interlocuteurs sanitaires et sociaux pertinents et d'avoir, de manière surplombante, de la visibilité sur les différents éléments qui, au bout du compte, vont permettre la réalisation des soins.

Un autre point est ici à noter ; l'interlocuteur référent constitue, du point de vue des personnes, un « relais » efficace pour interpeller les autres organismes ou les professionnels de santé en cas de besoin. Les mots qui suivent reflètent cela :

« Vous avez été un relais vers les autres organismes, vous avez pris le relais », H1, Femme, 66 ans, retraitée, en ALD, vit seule.

Là où les personnes peuvent avoir des craintes à frapper à certaines portes ou du mal à obtenir des réponses, l'accompagnant PFIDASS peut les relayer et faire en outre avancer leur dossier plus rapidement :

« La mutuelle, je n'arrivais pas à les avoir tout en faisant le bon numéro. Elle [l'accompagnante PFIDASS]*, elle les appelait, elle les avait »,* C01, Femme, 50 ans, deux enfants à charge.

« Oui, ils ont même pris les dossiers en main eux-mêmes parce que l'assurance A. traînait, s'était trompée de devis et avait mélangé le mien et celui de mon épouse. C'est la Sécu qui a pris ma suite et s'est chargée de tout ». A03, Homme, retraité, en couple.

Certains verbatim permettent de comprendre que les personnes perçoivent aussi le rôle de coordination joué par les accompagnants au sein de la caisse et qui, selon elles, leur a permis de ne pas devoir interagir elles-mêmes avec chaque service ; elles y voient un gain de temps et d'énergie, mais aussi et ici encore une forme de sécurité et d'assurance, dans leurs démarches vers les soins ; pour des personnes qui rencontrent des problèmes en cascade et doivent être sur tous les fronts, cela est loin d'être négligeable :

« J'ai écrit à J., je l'ai remerciée pour toutes ces demandes qu'elle a faites auprès de la Sécurité Sociale, dans vos services, et de la mutuelle aussi », D04, Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

« Et surtout elle me rassurait en me disant « s'il y a un problème avec d'autres, envoyez-moi votre dossier », ça me rassurait, à chaque fois, j'avais moins peur que mon dossier n'arrive pas au bout », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Au regard des différentes fonctions attribuées à « leur » accompagnant par les assurés, parler d'interlocuteur « référent » plutôt que d'interlocuteur « unique » est peut-être plus juste. La notion de « référent » positionne en effet bien l'accompagnant comme un pivot dans les démarches des personnes vers la réalisation des soins, mais signifie également que d'autres agents de la PFIDASS peuvent agir en cas de nécessité, répondre à des questions et éclairer l'assuré en l'absence par exemple du référent ; ce terme souligne en outre que l'accompagnant est celui à qui la personne se réfère en cas d'incompréhensions ou de doutes. Il signale enfin ce rôle de « guide » dans les démarches et les différentes étapes de l'accompagnement, mais aussi de « relais » vers ou auprès d'autres acteurs dont parlent les assurés.

3.2. Un service qui répond aux besoins individuels de guidance, à un moment T du parcours des personnes.

Au regard des différents éléments évoqués dans la sous-partie précédente, il semble que le service proposé par la PFIDASS réponde plutôt bien au besoin de guidance administrative mis en exergue dans le BRSG et permette à des personnes complètement perdues dans leurs démarches de mieux se repérer dans leurs démarches à un moment T ; les verbatim ci-dessous l'indiquent sans ambiguïté :

« J'étais tellement perdue… Si on m'avait pas expliqué, j'aurais laissé tomber tout ce qu'elle m'avait dit au moment du bilan de santé, j'aurais par exemple pas utilisé mes codes pour le site, j'avais pas compris. Il fallait tout débroussailler déjà dans ma tête avant de pouvoir entamer les démarches », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

« Et il y a aussi tous ces gens qui ont besoin qu'on les guide, comme moi. Parce que je le reconnais, j'ai quand-même besoin qu'on me guide un peu parfois… Donc d'avoir été guidée, ça m'a aussi beaucoup aidée », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Le sentiment d'avoir été guidée est assez net dans les propos de cette femme. On comprend aussi que c'est cela en particulier qui a été aidant pour elle afin de faire face aux difficultés financières qu'elle rencontrait pour accéder à des soins dentaires ; ainsi, la levée des obstacles financiers, comme d'autres obstacles d'ailleurs, qui peut permettre aux personnes de satisfaire leurs besoins de soins ne peut pas, dans la plupart des cas, se passer d'un travail de guidance.

Le verbatim suivant souligne également le fait que la PFIDASS peut jouer un rôle majeur pour des personnes qui ne savent plus du tout comment s'y prendre pour remettre un pied et/ou avancer dans leurs parcours de soins et pour faire face aux difficultés de diverses natures qui les jalonnent :

« Et ce qu'on a fait pour moi, c'est important pour quelqu'un qui ne savait pas où il allait, qui ne pouvait plus aller de l'avant dans ses soins ». C09, Homme, 61 ans retraité, en ALD, vit seul.

Un homme qui a été accompagné par la PFIDASS pour un renoncement à des soins dentaires résume quant à lui les choses de la manière suivante :

« Bah c'était très gentil d'avoir appelé et ce petit suivi là c'est instructif et touchant ». A03, Homme retraité, en couple.

Cette courte phrase montre que certaines personnes ont assez précisément perçu les différentes étapes du processus – l'appel initial, puis l'accompagnement qui a suivi – et en ont ressenti le caractère à la fois technique – *« c'était instructif »* – et relationnel – *« c'était touchant ».*

Outre le fait qu'il réponde à des besoins en termes de guidance, les personnes expliquent avoir parallèlement eu l'impression, pour la première fois depuis longtemps, que le service proposé et reçu avait vocation à leur apporter des réponses se fondant sur l'analyse de leur situation et correspondant par conséquent à la réalité de leurs besoins :

« C'est vraiment s'occuper des gens en partant de ce que chacun est… Ça permet de voir que quand même la Sécu s'occupe de tous, qu'elle regarde les gens qui sont dans le miel comme on dit, les gens aisés, moins aisés, ceux qui osent, ceux qui n'osent pas et le pourquoi des choses, c'est très bien », A03, Homme, retraité, en couple.

« Là ils prennent le temps de vous écouter, ils prennent le temps de réfléchir, de trouver de bonnes réponses et d'aller trouver des organismes pour vous aider. C'est la première fois que je trouve un organisme comme ça ! », Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

En cela aussi, la PFIDASS apporte un service innovant du point de vue des assurés ; là où d'ordinaire leur situation doit, selon eux, rentrer dans les cases de l'administration, les agents de la PFIDASS se sont, selon une partie des personnes accompagnées, efforcés de mobiliser les règles avec bon sens, de manière à élaborer, pas à pas, un ensemble de réponses adaptées à leurs problèmes ; des assurés ont notamment perçu le fait que les accompagnants voulaient leur permettre d'avoir une complémentaire adaptée à leurs besoins et à leur situation financière :

« Donc c'est vous, enfin une personne d'ici, qui m'avez orientée vers la mutuelle qu'il fallait prendre. Car comment se situer ? Comment trouver une mutuelle par rapport à mon salaire ? C'est pas évident. On m'a aidé à faire ça, à faire que ça colle au mieux avec mes revenus, ma famille », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

« Je dirais qu'on voyait qu'il réfléchissait, qu'il faisait vraiment par rapport à moi, sans faire que comme les règles le disaient », A03, Homme, retraité, en couple.

4. L'ACCOMPAGNEMENT PAR LA PFIDASS : LES DIFFERENTS GAINS POUR LES PERSONNES.

Nous l'avons dit, sentir une préoccupation de l'Assurance Maladie pour les problèmes qu'elles rencontrent par rapport aux soins est extrêmement important pour les personnes. Percevoir que l'administration a vocation à répondre au mieux à leurs besoins propres l'est tout autant. De cela peut découler l'envie de s'investir dans l'accompagnement proposé par la CPAM et, plus globalement, de porter à nouveau de l'attention à sa santé.

4.1. De la nécessaire stimulation pour reprendre des démarches, à l'espoir de pouvoir se soigner.

En ce sens, le contact pris par la CPAM et l'échange initial avec un accompagnant ont constitué, pour une partie importante des personnes rencontrées en entretien, une stimulation pour s'engager sur le chemin de l'accès aux droits et aux soins ; ces premiers moments de l'accompagnement ont ainsi pu permettre aux personnes de se remettre en marche dans la réalisation de démarches par rapport à leur protection maladie et aux soins, et de repositionner « ces sujets » parmi les préoccupations du moment :

« Ça m'a remis le pied à l'étrier par rapport à mes soins », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

Pour les personnes qui étaient éloignées des soins, de certains ou de tous, depuis longtemps, reprendre des démarches en la matière pouvait sembler particulièrement complexe et faire peur. Ces personnes ne savaient bien souvent pas comment s'y prendre, ni vers qui se tourner, d'autant plus lorsque leur situation par rapport à l'emploi a changé – licenciement, retraite, mise en invalidité, … – et que les modalités de leur accès à la protection maladie s'en étaient trouvées affectées.

Ce sentiment d'être perdues par rapport à la protection maladie et aux soins et de ne pas savoir par où commencer pour reprendre le fil concernait également des personnes jeunes ayant quitté récemment le domicile parental et tentent de « prendre leur envol ». Les démarches à mettre en œuvre pour accéder aux soins s'inscrivaient alors dans un processus plus général de prise d'autonomie ; le sentiment de flou et de complexité pouvait alors être encore plus prégnant. Les mots de cette jeune femme l'expriment :

« J'étais complètement perdue, il fallait tout reprendre de A à Z, tout, tout, tout, les démarches pour ma santé, je voulais aussi reprendre des études. C'est ce qu'on a fait, on a tout repris », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

Si cette personne a trouvé un interlocuteur vers lequel se tourner pour l'épauler dans ces démarches (en l'occurrence la Mission locale qui l'a notamment orientée vers la CPAM pour réaliser un bilan de santé), plusieurs entretiens montrent que certaines personnes pouvaient n'avoir aucune idée de qui pourrait les aider à dénouer les nœuds de leur situation :

« C'était le blanc total, je savais pas du tout quoi faire. Je restais comme ça, j'oubliais », A03, Homme, retraité, en couple.

Dans ce contexte, quelques personnes ont pu avoir tendance à faire « la politique de l'autruche ». Ne sachant pas ou plus à quelle porte frapper, craignant en outre de ne pas réussir à expliquer leur situation et de ne pas comprendre les réponses faites par les acteurs administratifs, ces personnes ne tentaient plus rien pour accéder aux soins dont elles ont besoin, jusqu'à pour certaines faire comme-ci il n'y avait pas de problème.

Par rapport à toutes ces situations, l'intervention de la PFIDASS a été particulièrement importante ; la prise de contact suite à la détection et la prise en charge par un accompagnant ont permis aux personnes de remettre un pied dans les démarches administratives relatives à leur protection maladie et aux soins dont elles ont besoin. Un interlocuteur existe et propose en outre ses services : c'est cela qui permet aux personnes de (re)venir dans des démarches et qui, en outre, les sécurisent fortement. Comprenant que quelqu'un va les aider à démêler la situation pas à pas, elles acceptent de se lancer dans ce monde qu'elles connaissent mal :

« C'est important quoi, quand quelqu'un vous dit : « On va le faire ensemble ». Et puis : « Vous avez pensé à aller là ? Et vous avez pensé à aller là ? » Ça vous aide à être dans le bain. Parce que quand vous êtes tout seul et que vous êtes découragé, vous avez des rendez-vous des fois vous n'y allez pas. Vous ne savez plus vers qui vous tourner. C'est… [il réfléchit] *et c'est pour ça que je suis tombé dans cette situation, je ne savais plus comment m'y prendre ».* A7, Homme, 53 ans, vit seul.

Dans d'autres cas, la stimulation semble encore plus profonde : ce ne sont pas « seulement » les démarches médico-administratives que le contact pris par la CPAM et l'accompagnement PFIDASS réenclenchent ; c'est bien aussi la préoccupation des personnes pour leur santé qui paraît retrouver une place dans des vies et des têtes « encombrées » par des difficultés de multiple nature :

« On se lasse, on baisse les bras, jusqu'à nouvel ordre quoi. Jusqu'au jour où y a un truc comme ça qui arrive, ça vous remet sur le droit chemin… Un truc qui déclenche de dire : « Allez ! Il faut se lever maintenant, il faut se bouger, faut pas rester les bras croisés. Il faut s'occuper de sa santé. Et après vous prenez soin de vous », A7, Homme, 53 ans, vit seul.

L'appel de la PFIDASS et la proposition d'accompagnement peuvent ainsi inciter les personnes à s'occuper à nouveau de leurs soins et de leur santé ; on pourrait dire les choses de la manière suivante :

voyant le champ des possibles ré ouvert concernant l'accès aux soins, les personnes s'autorisent à se préoccuper et à s'occuper à nouveau de leur santé et, parfois même de celles de leurs proches :

« Le fait qu'on m'ait tendu la main, ça m'a donné l'impulsion, pour moi, pour ma famille. Parfois, on a besoin d'un rappel. J'ai pris le soutien ici comme un rappel concernant ma santé. C'est comme un gamin qui est en train de flancher en cours, il faut lui dire : « hé, il faut que tu fasses attention ». Je ne m'autorisais plus à le faire », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

Si les personnes acceptent de se préoccuper de leur santé et de s'engager dans un accompagnement vers les soins, c'est bien aussi parce qu'elles perçoivent enfin, dans la proposition faite par la PFIDASS, une possibilité pour se soigner ; la « seule » perspective de pouvoir réaliser un ou des soins trop longtemps reportés enlève déjà aux personnes un poids considérable, comme l'exprime cette femme qui a été accompagnée par la PFIDASS pour un renoncement aux soins dentaires :

« Donc quand Mme V. [assistante sociale de la CARSAT] *m'a parlé de cette possibilité d'accompagnement, j'étais aux anges !! Je voyais déjà le bout du tunnel. Ça m'a donné envie d'y aller »,* H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Même si les démarches à mettre en œuvre dans ce cadre peuvent sembler lourdes et les obstacles à franchir nombreux, le fait d'avoir en face d'elles un interlocuteur qui s'investit, là où tant d'autres ne l'ont pas fait, nourrit et stimule l'engagement des personnes. Ainsi et au-delà d'avoir découvert la possibilité de parler du renoncement au sein de la CPAM, une partie importante des personnes interrogées explique avoir, dès les premiers temps de l'accompagnement par la PFIDASS, repris confiance en l'existence de solutions pour mettre un terme à leurs difficultés d'accès aux soins. Dans ce cadre, l'espoir de pouvoir réaliser un soin dont l'absence impactait parfois quotidiennement leur qualité de vie les a également incitées à s'engager dans l'accompagnement :

« C'est comme une porte qui s'ouvre là où toutes les autres se sont fermées, on se dit : « enfin ! Enfin, je vais pouvoir me soigner ! » », C09, Homme, retraité, en ALD, vit seul.

4.2. De la réalisation des soins, au « coup de pouce » dans un parcours de vie.

Si l'attention portée par la CPAM aux difficultés rencontrées par les personnes est importante et stimule leur envie de s'investir dans un accompagnement vers les soins, les gains qui découlent de la prise en charge par la PFIDASS sont, pour les personnes accompagnées, de différentes natures. Voici ce qu'en disent les assurés que nous avons rencontrés en entretien.

A. Etre et se sentir à nouveau protégé.

L'un des points notables de l'accompagnement, selon les personnes, est qu'il leur a permis de « mettre à plat et à jour » leur protection maladie. A l'issue de leur passage par la PFIDASS, toutes ont des droits de base ouverts et effectifs, ce qui n'était pour certaines personnes pas le cas auparavant :

« Oui je peux y aller maintenant chez le docteur, j'ai ma carte vitale », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

Pour 50 personnes par exemple parmi les 310 dont l'accompagnement est finalisé à la date du 12 février 2016[66], l'intervention a permis l'accès à la CMU C ; 38 ont obtenu l'ACS, 65 ont adhéré à un organisme complémentaire (OC) et 23 ont souscrit un contrat complémentaire plus adapté à leurs besoins :

« *Maintenant, j'ai la Sécu et la mutuelle en plus. Si la Sécu ne couvre pas tout, j'ai quand même cette mutuelle qui pour le moment me couvre »,* A01, Femme, retraitée, 63 ans, vit seule.

Les personnes sont ainsi objectivement protégées contre le risque maladie, dans la mesure du possible en tout cas. Les entretiens permettent parallèlement de souligner l'accroissement du sentiment de sécurité en ce qui concerne la maladie ; avoir des droits ouverts et à jour, savoir que leur protection est en place, sécurisent les personnes pour la suite de leur potentielle « carrière » de patients. Si pour beaucoup le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand nécessaire s'accroît suite à l'accompagnement, l'inquiétude de ne pas savoir si elles pourront se soigner en cas de besoin décroît quant à elle. Le verbatim suivant le suggère :

« Avoir la Sécu et une mutuelle, c'est sécurisant je trouve, par exemple si on a besoin d'aller à l'hôpital. On veut simplement pouvoir se dire qu'on peut être suivis. Là on peut. Quand on sait qu'on peut pas y aller et ben limite on va y penser deux fois plus et ça va tracasser. Tandis que quand on sait qu'on est couvert, qu'on paie 13 euros 60, qu'on peut y aller. Là, j'ai pas le stress », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

Ces verbatim montrent à quel point la question des droits est, en premier lieu, importante. Il est en ce sens nécessaire de souligner un point : même si les personnes abandonnent l'accompagnement en cours de route, le fait que le passage par la PFIDASS permette *a minima* de mettre à jour leurs droits maladie, de leur ouvrir aussi un droit à la complémentaire, est essentiel. Certes, l'objectif de la plateforme est de permettre aux personnes de réaliser leurs soins. Mais il arrive que certaines n'aillent pas jusque-là, tout du moins dans le cadre de l'accompagnement PFIDASS. Dans ce cas, l'actualisation et/ou l'ouverture de droits maladie, si cela a pu être fait, constitue(nt) déjà une aide pour ces personnes. Nous retrouvons ici la notion de « gains intermédiaires » esquissée dans la toute première note d'analyse de la base de données PFIDASS.

B. Avant le gain « final », des gains « intermédiaires ».

Dans cette perspective, il paraît essentiel de pointer les différents gains intermédiaires qui prennent forme au cours des accompagnements. L'enjeu pour les agents de la PFIDASS est en effet de lever un maximum des obstacles qui jalonnent les parcours vers les soins et ce jusqu'à aboutir, dans la mesure du possible, à la réalisation de ceux-ci.

L'objectif recherché est bien de faire passer la personne d'une situation de renoncement à une situation de non-renoncement ; c'est lorsque le soin est réalisé que la « conversion » escomptée se produit. Mais en amont, les accompagnants et les personnes posent ensemble les jalons qui rendent possible cette conversion.

Les propos qui suivent montrent bien le caractère dynamique de l'accompagnement et comment, petit à petit, des soins ont pu être programmés pour les enfants de cette femme :

[66] Informations fournies par la CPAM du Gard, provenant de l'analyse de la base de données PFIDASS à la date du 12 février 2016.

« On a d'abord fait ensemble un dossier d'aide financière, qui a été obtenue. À partir de là, on a trouvé une mutuelle qui prenait en charge pas mal de choses, l'orthophoniste, l'orthodontiste. Donc j'ai pris rendez-vous, on a fait ce dossier de mutuelle et j'ai aussi eu droit à cette aide. Ils me paient la moitié et moi je paie le complément. C'est Mr D. qui a regardé un peu toutes les mutuelles et qui m'a dit : « Avec celle-là, y a l'orthodontiste à cette adresse. » Il m'a même donné le numéro de l'orthodontiste, j'ai rendez-vous le mois prochain, ils vont faire une radiographie des dents à mes deux petits. Et pour tout ça, on m'a expliqué ». C01, Femme, 50 ans, deux enfants à charge.

Ces « jalons » – obtention d'une aide financière, prise d'une complémentaire adaptée, bénéfice de l'ACS, orientation vers un professionnel de santé, fourniture du contact de ce professionnel - peuvent être autant de gains en eux-mêmes. Ils participent en tout cas à consolider l'accès aux soins de cette personne et de ses enfants, au moment présent mais aussi pour l'avenir. Ces gains intermédiaires et les explications données à chaque étape de l'accompagnement sont des outils et des clefs pour faciliter et renforcer la possibilité de cette femme d'accéder et d'utiliser le système de santé, aujourd'hui et demain. En permettant par exemple aux personnes de disposer d'une protection de base et complémentaire adaptée à leur situation et en leur donnant les clefs pour comprendre comment utiliser ces droits, l'accompagnement peut parallèlement permettre aux personnes de « rattraper » plusieurs soins, au-delà de celui auquel elles avaient déclaré renoncer :

« J'ai pu faire les examens médicaux en attente pour mes enfants, pour moi, pour mon mari, voir ce qui n'allait pas et pouvoir remettre à jour nos dossiers santé », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

« Et c'est vrai que la vue, là, je vais m'en occuper aussi. Je peux le faire maintenant que tout a été revu. Parce que ma mère, il faut le dire, est quand même morte aveugle », H11, Femme, 59 ans, en invalidité, vit seule.

Le tableau suivant indique que pour les 310 personnes pour lesquelles l'accompagnement est finalisé à la date du 12 février 2016, il y a eu 419 gains intermédiaires. Il montre en outre la répartition de ceux-ci. Les gains finaux (la réalisation des soins) concernent quant à eux 229 personnes à cette même date. Au total, cela donne donc 648 gains objectifs pour ces 310 accompagnements.

Tableau des résultats intermédiaires pour les 310 accompagnements finalisés au 12/02/2016		
Montage financier	Aide ASS	158
	Aide financière de partenaires extérieurs	33
Guidance dans le parcours de soins		90
Accès aux droits	CMUC	50
	ACS	38
Accès effectif et / ou plus adapté à un OC	Adhésion à un OC	65
	Adhésion à un contrat plus adapté	23
Mise à jour du dossier administratif		19

C. *Faire le soin longtemps reporté : un soulagement physique et mental, un acquis pour la suite.*

Bien entendu, mettre un point final au renoncement pour lequel la PFIDASS a été saisie est l'enjeu principal. Comme nous venons de l'évoquer, cela a été le cas pour 229 personnes accompagnées à la date du 12 février 2016. Pour 71 autres personnes, les soins sont en cours de réalisation à cette date. Et comme le disent les personnes lors des entretiens, faire un soin longtemps reporté est en premier lieu un immense soulagement sur le plan physique :

« Ça change, ça fait une amélioration quand même. Là avec celui du bas et tout ça, j'arrive à mastiquer, c'est un bien-être physique quoi », A03, Homme, retraité, en couple.

De ce soulagement initial découle aussi, dans la plupart des cas, un soulagement moral :

« Je retravaille, le moral est là, c'est une ouverture de commencer à me soigner, à aller chez le dentiste. Vous voyez, ça aide un peu, ça soulage, ça soulage sur tous les plans », A7, Homme, 53 ans, vit seul.

Ainsi, à côté du « mieux-être » physique que la levée du renoncement peut procurer, ce sont aussi des problèmes en moins auxquels les personnes doivent faire face, aujourd'hui et dans le futur. Pour certaines, se soigner leur permet en outre de tirer un trait sur certaines des conséquences de l'absence de soins. C'est le cas de l'homme cité ci-dessus qui dit pouvoir à nouveau « mastiquer » ses aliments. Débarrassées d'une partie de leurs soucis, libérées parfois de douleurs quotidiennes, moins inquiètes par rapport à leur état de santé futur ou à celui de leurs proches, les personnes parlent par là-même d'une projection plus aisée dans l'avenir. Les mots de cette mère de famille l'expriment bien :

« Maintenant, mes enfants ils sont à jour, ils ont un suivi chez le dentiste. Ça me rassure pour l'avenir, ça me rassure pour leur santé. Et puis psychologiquement, j'ai plus la pensée et le questionnement de dire « mais est-ce que tes enfants, ça va pas leur poser problème plus tard ? » », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

Ce verbatim est important car il sous-entend un « avant » et un « après » l'accompagnement ; plusieurs personnes expliquent ainsi que la vie après le passage par la PFIDASS et la réalisation des soins, n'est plus tout à fait la même, et ce en particulier lorsque le renoncement concernait des soins dentaires et/ou que l'absence de soins handicapait fortement les personnes ; nous pouvons prendre l'exemple de cet homme qui, suite à la réalisation de ses soins dentaires, a pu reprendre ses recherches d'emploi et qui a vu de nombreuses portes s'ouvrir à lui sur le plan professionnel :

« Ça m'a fait rebondir, je pouvais pas imaginer que la CPAM allait me faire rebondir comme ça, professionnellement aussi », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

Une autre personne indique à quel point l'accompagnement dont elle a bénéficié ainsi que la possibilité qui lui a été donnée de se soigner l'ont remobilisée et lui ont donné envie d'avancer dans sa vie :

« Mais maintenant je ne lâche pas, je ne lâche rien dans ma vie. Après tout ce qu'on a fait je vais abandonner ? Non ce n'est pas possible. Pour moi personnellement ce n'est pas possible, je suis obligé d'activer quoi ». A7, Homme, 53 ans, vit seul.

Au travers des mots de cet homme, on perçoit bien dans quelle mesure le fait d'avancer sur le terrain des soins et de la santé peut aider les personnes à ouvrir d'autres portes pour aller de l'avant dans leur vie. Pour les plus jeunes, le passage par la PFIDASS peut, avant de jouer le rôle d'un accélérateur, permettre une forme de stabilisation :

« Ça m'a débloquée. Et du coup, j'ai maintenant l'impression de me stabiliser vraiment », H3, Femme, 22 ans, sans activité professionnelle, vit seule.

Pour comprendre toute la valeur ajoutée de la PFIDASS, il est donc essentiel de saisir au travers des entretiens les éléments qui montrent qu'au-delà de la réalisation d'un soin à un instant T, le passage par la PFIDASS peut également être un « coup de pouce » dans un parcours de vie. Un coup de pouce qui peut aider à sécuriser la prise d'envol pour les plus jeunes ou à faire rebondir des personnes plus avancées en âge.

Ne plus souffrir physiquement de l'absence d'un soin peut en effet rendre à nouveau possible la projection dans l'emploi ou dans une reprise d'étude ; avoir un appareil dentaire permet d'envisager avec moins d'appréhension et plus de confiance les entretiens d'embauche ; se faire appareiller sur le plan auditif peut améliorer le quotidien sur le plan de la vie sociale et familiale ; savoir que l'on peut aller chez le généraliste constitue tout simplement une forme d'assurance pour avancer dans la vie.

Cette assurance ou ré-assurance provient aussi, si l'on croit les entretiens avec les assurés, du fait qu'ils savent désormais qu'un interlocuteur existe, tout du moins qu'il y a des portes auxquelles il est possible de frapper, au cas où ils rencontreraient à nouveau des difficultés d'accès aux soins :

« Ça a été une grande surprise pour moi, je regrette pas d'ailleurs parce que je sais à l'avenir où m'adresser, je sais que je ne vais pas me dire « tout est fermé, je suis obligée de faire le minimum ». Je sais maintenant qu'il y a des gens qui peuvent me tendre la main et ce n'est pas uniquement voir une assistante sociale, mais il y a aussi la Sécurité sociale qui peut nous apporter de l'aide », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

L'accompagnement par la PFIDASS a permis à certains assurés de comprendre qu'ils peuvent, *a minima*, venir à l'accueil de l'Assurance Maladie pour dire leur renoncement en matière de santé, pour parler de leur impossibilité à satisfaire certains soins et, ce faisant, qu'ils donnent les moyens aux agents de les aider et/ou de les orienter vers l'interlocuteur pertinent pour le faire :

« Maintenant, je sais que je trouverai toujours un moyen, en venant par exemple à l'accueil, parce que l'accueil c'est pas seulement pour venir déposer des papiers mais on peut aussi poser des questions. Le mieux c'est de venir et de poser la question à l'accueil et les personnes seront à même de m'orienter vers une autre personne », H11, Femme, 59 ans, en invalidité, vit seule.

4.3. Quand la CPAM change et prend davantage soin des assurés.

A. Une éthique du « care » ?

La réalisation du ou des soins manquant emporte une forme de mieux-être physique et moral pour la grande majorité des personnes. Mais il est nécessaire de souligner que c'est aussi parce que la CPAM, au travers des accompagnants PFIDASS, « a pris soin » d'elles que les personnes paraissent se sentir mieux. On s'approche là de ce que les anglo-saxons nomment le « *care* ». Ce terme est difficile à traduire en français car il désigne à la fois ce qui relève de la sollicitude et du soin ; *« il comprend à la fois l'attention préoccupée à autrui qui suppose une disposition, une attitude ou un sentiment et les pratiques de soin qui font du care une affaire d'activité et de travail »*[67] (p.1). Pour la politologue

[67] Brugère Fabienne, 2009, « Pour une théorie générale du « care » », *La Vie des idées* ; http://www.laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care.html

américaine Joan Tronto, une éthique du *care* suppose *d'« assumer la différence, d'accorder à chacun des humains sa dignité et ses droits, de prendre en charge les iniquités matérielles réelles »*[68].

La CPAM en accordant de l'attention aux difficultés d'accès aux soins et en se préoccupant des personnes en renoncement, en tentant de mettre en place avec elles les conditions de leur accès aux soins et de donner chair au droit de chacun à la protection de sa santé, prend en quelque sorte soin de ses assurés en situation de fragilité. Alors que plusieurs personnes racontent les expériences douloureuses qu'elles ont vécues avec des professionnels de santé et/ou des agents des organismes sociaux et à quel point cela a pu les blesser, la sollicitude et la bienveillance des accompagnants de la plateforme apparaissent par contraste encore plus prégnantes. Le verbatim suivant indique bien cela :

« En fait quand je suis allée demander des devis, la dentiste m'a répondu qu'elle n'était pas là pour faire du social… Un autre dentiste m'avait dit qu'il n'était pas là pour faire de la paperasse ! Alors ici, quand Mme C. a commencé à s'occuper de moi, à s'intéresser… Elle s'est occupée de tout. Elle a regardé par rapport aux devis ce qu'ils allaient me faire, ce que je pouvais avoir. Elle s'est beaucoup impliquée, ça a été super. Elle m'a rappelée plusieurs fois pour savoir où ça en était, elle a pris soin je dirais… », D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge.

Outre le résultat en matière de soins, outre le déblocage d'aides financières, c'est donc bien le moyen choisi par la CPAM pour prendre en charge le renoncement aux soins que plébiscitent les personnes accompagnées, comme le soulignent, lors de l'entretien, cette femme âgée :

« Oui ça m'a bien aidée parce que 110 euros de mutuelle, ça fait beaucoup ! Ça fait énormément pour un petit salaire ! Mais c'est aussi tout le reste, le côté humain, l'écoute », D04, Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

Rappelons qu'une partie importante des personnes détectées par la PFIDASS vit seule et/ou se trouve en situation d'isolement. C'est donc bien souvent sans appui que ces personnes doivent faire face aux difficultés en matière de soins, et plus globalement, aux difficultés de la vie. Avoir quelqu'un qui marche à côté d'elles pour parcourir le chemin qui mène aux soins revêt, encore plus dans ce contexte de solitude et d'isolement, une importance capitale. Ne pas devoir gérer seules les difficultés d'accès aux soins apporte aux personnes un peu de tranquillité et de la sécurité :

« Quand tout est fragile dans la vie, un service comme ça, ça aide à avoir un peu moins peur », H11, Femme, 59 ans, en invalidité, vit seule.

Pour un organisme de Sécurité sociale, ce n'est pas rien que de réussir à redonner un peu de sécurité à ceux de ses assurés dont les situations de vie sont marquées par l'instabilité et l'incertitude.

B. Une institution qui change, des représentations qui évoluent.

Les personnes parlent également d'une institution qui a changé et expriment le fait que ce changement est important pour faire face aux difficultés de la vie ; les deux verbatim ci-après donnent à entendre cela :

« Avant aussi la Sécurité Sociale ne faisait pas les démarches qu'elle fait maintenant. Il n'y avait pas une médiatisation comme maintenant. Il y a plus d'informations qu'avant… et de nouveaux services.

[68] Tronto Joan, 2009, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte. Nous signalons aussi la stimulante note de lecture de l'ouvrage de J. Tronto publiée par Eloïse Girault dans la revue *Sociétés et Jeunesses en difficultés*, n°9, 2010 ; https://sejed.revues.org/6724

C'est peut-être aussi les personnes dans ces institutions qui sont différentes… Oui ce n'est pas pareil. Parce que quand je venais ici au début, il y avait quelques personnes qui n'étaient pas avenantes », A7, Homme, 53 ans, vit seul.

« Ce qui m'a étonnée c'est qu'elle m'a pas appelée juste une fois, qu'elle s'est intéressée, elle m'a téléphonée plusieurs fois, elle s'est vachement impliquée. C'est étonnant. Parce que d'habitude c'est à nous de venir, de revenir… », D06, Femme, 37 ans, en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Etre aidées par la PFIDASS a ainsi permis de faire évoluer des représentations quant au rôle de l'Assurance Maladie, à son positionnement par rapport aux assurés et à sa manière de leur rendre service. Ce sont aussi, dans certains cas, les représentations relatives aux personnes qui peuvent être aidées par les Caisses primaires qui ont été battues en brèche :

« Oui ça m'a étonnée. Je savais qu'ils aidaient certaines personnes, mais je ne pensais pas que je pouvais en faire partie. Figurez-vous que ça m'a fait du bien », D04, Femme, 74 ans, retraitée, veuve.

On comprend, à travers ces mots, que certaines personnes ne s'imaginaient pas être des bénéficiaires potentiels des aides et des services proposés par l'Assurance Maladie. Ceci est fréquent d'ailleurs. Qu'elles pensent avoir trop de revenus ou ne pas avoir « suffisamment besoin », qu'elles projettent sur les bénéficiaires des services de la CPAM des comportements et des manières d'être spécifiques et différents des leurs, le résultat est le même : les personnes s'auto-excluent fréquemment du bénéfice de certains dispositifs. Suite à leur prise en charge par la PFIDASS, plusieurs assurés disent avoir pris conscience du fait qu'ils peuvent eux-aussi recevoir de l'aide de la CPAM ; ils reconnaissent en creux que celle-ci n'aide pas uniquement un « seul type de personnes », en l'occurrence celles qui sont les plus précaires. De manière assez logique, cette prise de conscience les amène à se représenter différemment les publics de l'Assurance Maladie et à se rendre que chacun peut avoir besoin, à un moment ou à un autre de sa vie, du soutien de l'institution.

Convaincus de l'utilité d'un service tel celui de la PFIDASS et du fait que toute personne se trouvant en difficulté par rapport à des soins peut finalement être aidée, plusieurs assurés expliquent d'ailleurs en avoir parlé à leurs proches :

« Voilà. Je vais voir après pour ma mère s'il y a possibilité de regarder sa situation ». A7, Homme, 53 ans, vit seul.

« D'ailleurs j'ai des amis à qui j'en avais parlé. Je leur ai demandé pourquoi ils n'allaient pas à la Sécurité Sociale, demander s'il n'y avait pas des choses ? », A01, Femme, retraitée, 63 ans, vit seule.

L'ensemble de ces éléments permet de souligner un point majeur : en approchant les difficultés d'accès aux soins par la question du renoncement et en prenant au sérieux les besoins de soins déclarés comme non-satisfaits par les assurés, la CPAM « regarde » autrement ses publics et opère parallèlement un décalage par rapport à ses cibles d'action habituelles *;* ce faisant, elle peut tout à la fois compléter et affiner le service qu'elle apportait déjà à certains assurés, mais également faire entrer dans son champ d'intervention des personnes qui, auparavant, se tenaient à distance de l'Assurance Maladie ou qui risquaient de s'en éloigner de plus en plus. Le verbatim suivant donne à entendre ce dernier point :

« Je lui ai dit à Monsieur O. : « Si vous n'aviez pas été là, je n'aurais plus mis les pieds ici, je n'aurais plus rien demandé ! » C09, Homme, retraité, 61 ans, en ALD, vit seul.

Ce décalage du regard, cette action aux frontières des cibles traditionnelles qui prend pour point de départ les besoins des personnes et analyse de manière globale leur situation, emporte un retour une modification du regard que posent les assurés sur l'Assurance Maladie et sur ses publics.

C. Des évolutions durables ?

Il est, à ce stade, important de signaler que plusieurs assurés ont fait part de leurs inquiétudes quant à la « réalité » et à la pérennité des évolutions de l'Assurance Maladie qu'ils ont perçues : un service comme celui de la PFIDASS va-t-il perdurer et exister ailleurs ?

« En tout cas s'ils maintiennent ce truc-là, je pense que ça ira mieux, sinon... Il faut des choses comme ça maintenant, partout, il faut que plus haut, ils écoutent », A7, Homme, 53 ans, vit seul.

Tous les agents de l'Assurance Maladie seront-ils tous aussi attentifs et à l'écoute que ceux qui les ont pris en charge au moment de la détection et de l'accompagnement ?

« Tout le monde n'est pas comme ça… Si j'allais le raconter là-bas, ils me diraient que ce n'est pas possible ! Dans les bureaux, là, les « box ». On va me dire que ce n'est pas possible, c'est ça qui me fait peur pour la suite », C09, Homme, retraité, en ALD, vit seul.

Derrière ces questionnements, on imagine une crainte d'être déçus si, à l'avenir, la prise en charge par la CPAM ne ressemble pas à celle dont les personnes ont pu bénéficier au travers de la PFIDASS ; si des inquiétudes de ce type existent, c'est bien parce que la PFIDASS a apporté un service utile aux personnes et que des gains ont découlé de leur accompagnement par la plate-forme. Ces gains, nous l'avons dit, sont de plusieurs natures ; nous pourrions les classer de la manière suivante : des gains intermédiaires, un gain final, des gains complémentaires. L'un des enjeux, sinon l'une des difficultés, est de mettre en exergue ceux qui, parmi ces gains, sont durables et/ou qui permettent une modification du rapport entretenu par les personnes avec le système d'Assurance Maladie et de santé.

5. DES INCERTITUDES QUANT AUX POSSIBILITES ET AUX MODALITES DE L'ACCES AUX SOINS POUR L'AVENIR.

L'une des questions qui se pose concerne la capacité de la PFIDASS à renforcer l'autonomie des personnes pour accéder, à l'avenir, aux droits maladie et aux soins. Dans quelle mesure le passage par la plateforme permet-il aux personnes de mieux se débrouiller par la suite en la matière ? S'il s'agit d'aider les assurés à faire face aujourd'hui à leur(s) renoncement(s), l'objectif d'un dispositif tel celui de la PFIDASS est aussi de prévenir la survenue de nouvelles difficultés en matière de soins.

5.1. <u>Quelle autonomie des personnes pour accéder plus tard aux droits et aux soins ?</u>

Il est clair, et nous l'avons d'ailleurs évoqué un peu plus tôt dans ce rapport, que l'accompagnement a permis à une partie des personnes de disposer de « clefs » pour utiliser le système de santé et pour éviter de se trouver à nouveau en difficulté pour accéder aux soins ; ainsi, quand certains assurés ont appris l'existence d'aides (par exemple les aides exceptionnelles de la CPAM, les aides à la complémentaire – légale et/ou locale – ou celles délivrées par les mutuelles dans le cadre de leurs

fonds sociaux) ou de services (la possibilité de se faire soigner dans un centre dentaire mutualiste ou de bénéficier d'un bilan au CES), d'autres ont compris, grâce à un apport d'explications, comment utiliser concrètement leurs droits CMU C ou trouver un professionnel de santé en utilisant le site internet de l'Assurance Maladie.

Plus globalement, l'accompagnement a aidé une partie des assurés à mieux comprendre le fonctionnement du système d'Assurance maladie et à saisir, par exemple, la distinction entre assurance maladie obligatoire et complémentaire ; ils perçoivent de ce fait plus clairement l'utilité de cette dernière :

« J'ai été très bien informée. Et maintenant, je sais mieux ce que c'est une mutuelle, à quoi ça sert, je sais aussi que je pourrais éventuellement demander des aides pour la mutuelle si la situation de mon mari ne change pas, je sais quoi faire maintenant », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

Pour d'autres personnes cependant, les incompréhensions sur le fonctionnement du système de protection maladie et de santé persistent. Les assurés doutent alors de leurs capacités à obtenir, à l'avenir, leurs droits et/ou à recourir aux soins sans une aide extérieure ; ce verbatim tiré de l'entretien avec une jeune femme l'indique :

« C'est toujours un peu confus dans ma tête… Je ne sais pas si toute seule… Par où commencer… », H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

C'est notamment le cas de personnes qui rencontrent des difficultés à parler le français ; c'est le cas de cette même femme :

« Les sous, c'est un problème. Mais aussi c'est difficile de parler, vous voyez bien, parler le français et comprendre », H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

Les incompréhensions peuvent aussi porter sur les aides que l'intervention de la PFIDASS a permis aux personnes d'obtenir ; c'est par exemple le cas de certains assurés à qui des aides financières ont été attribuées ou pour lesquelles des montages financiers ont été effectués. En général, ils ont compris qu'ils allaient recevoir une somme d'argent pour payer une partie de leurs soins, mais tous ne sont pas nécessairement au clair sur les modalités concrètes de paiement de leurs soins et la manière dont les choses vont se passer :

« Là j'ai reçu un accord de la CPAM qui me donne 2000 euros, mais par contre ce que je ne comprends pas c'est qu'ils me laissent presque 300 euros sur l'implant, alors qu'en fait c'est ce que je vais mettre. Donc qu'est-ce qu'ils vont faire des 1700 euros restant ? j'aimerais savoir sur quoi ils comptent utiliser les 1715 euros. Je pense qu'ils se sont basés sur le dernier devis. Mais moi du coup j'aimerais savoir si c'est pour des couronnes, des si ou des mi, je ne sais plus qu'est-ce qui correspond à quoi. Je suis complétement perdue… Le problème c'est que j'ai tellement eu de devis, que je ne sais plus où j'en suis. Je pense que le dernier c'est celui-ci… J'ai commencé les soins mais je ne sais même pas de quoi il parle le dentiste », D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Dans ce genre de situations, face notamment à la complexité des devis et du vocabulaire utilisé dans certains documents administratifs, les personnes peuvent avoir l'idée de se tourner à nouveau vers la PFIDASS pour avoir des précisions et des éclaircissements. Mais certaines pensent aussi qu'il est désormais de leur propre ressort de s'en sortir, que la CPAM a en quelque sorte fait *« sa part du boulot »* et qu'elles doivent donc se débrouiller seules ; une jeune femme rencontrée en entretien est quant à elle ambivalente concernant le fait de solliciter à nouveau son accompagnant PFIDASS :

« Donc je voulais rappeler Mme G. ici qui a pris la place de Mme C. Je voulais lui montrer mon devis et lui demander à quoi ça correspondait exactement tout ça. Parce que je sais que je vais devoir faire ça mais je ne sais pas ce que c'est ni ce qui va être pris en charge. Bon je pense que je vais lui renvoyer le devis que j'ai payé puis je vais voir. Je ne sais pas, je ne comprends pas comment ils procèdent ! Sur le devis il y a des chiffres mais pour celui qui ne s'y connaît pas, il ne sait pas trop où il en est… Mais bon, je sais pas si je vais oser, elle a déjà cherché à m'avoir de l'aide, c'est sa part du boulot, je dois faire… (…) Parce que je pense qu'ils sont allés au-delà de ce qu'ils peuvent me donner, donc il faut maintenant que je trouve mes solutions à moi ». D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

On comprend que la persistance d'incompréhensions peut gêner ou maintenir une forme d'inconfort dans l'accès aux soins. Dans ce contexte, le doute est permis quant à la capacité des personnes concernées à adresser à l'avenir leurs demandes aux offreurs de soins. Ayant été aidées et accompagnées, les personnes peuvent en outre se sentir mal à l'aise ou encore plus démunies, en constatant qu'elles sont toujours en difficulté pour comprendre le fonctionnement du système d'Assurance Maladie et les modalités de remboursement des soins ou d'utilisation de certaines aides. La crainte d'en demander trop aux agents de l'Assurance Maladie peut parfois être sous-jacente et amener les personnes à taire de nouveau leurs incompréhensions et/ou difficultés.

5.2. Un sentiment d'inclusion sanitaire accru ?

Dans ce contexte, que dire du sentiment d'inclusion sanitaire des personnes qui ont été accompagnées par la plateforme ? Nous avons expliqué que certains assurés avaient, du fait de leur renoncement et en amont de la prise en charge par la PFIDASS, l'impression d'être exclus du système de santé, en tout cas de certaines possibilités offertes à d'autres par celui-ci. Qu'en est-il suite à l'accompagnement par la CPAM ?

Pour plus de la moitié de ces personnes, le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand elles ont besoin semble à nouveau présent :

« Vous comprenez, je suis dans une démarche positive, j'ai eu un coup d'accélérateur, j'ai ni l'envie, ni l'idée que ma situation perdure comme ça. Maintenant, je peux me soigner, je peux vous comprenez », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

La dernière partie de ce verbatim pointe avec justesse l'impression que ressent cet homme de pouvoir à nouveau se soigner. Tous les obstacles qui se dressaient sur le chemin des soins paraissent avoir, dans son cas, été levés par la PFIDASS. Ce sentiment d'être inclus dans le système de santé, plus précisément de pouvoir l'utiliser et de pouvoir bénéficier de ses prestations comme tout un chacun, peut notamment être lié au fait, nous en avons parlé, que les personnes savent, à l'issue de l'accompagnement, que leur protection maladie a été « actualisée » et adaptée à leurs besoins en matière de santé.

Comprenant également mieux certains points relatifs à l'offre de soins, étant plus au clair sur ce dont elles peuvent bénéficier ou sur les démarches à mettre en œuvre pour accéder au système de santé, elles ont parallèlement l'impression de maîtriser davantage « leur destin » par rapport aux soins, tout du moins d'avoir plus de prises sur ceux-ci. Pouvant à nouveau envisager de se faire soigner quand nécessaire, se sentant plus libres en la matière, certaines personnes ont en outre l'impression de retrouver une place dans la société et dans les possibilités que celle-ci offre à tout citoyen :

« Ma place dans la société, on me l'a redonnée en me permettant de me soigner », H2, Homme, 51 ans, en recherche d'emploi, vit seul.

Il est important de préciser que les assurés pour lesquels le sentiment d'inclusion sanitaire s'est, selon eux, accru, sont bien souvent ceux pour lesquels une évolution dans la situation personnelle est possible. C'est en effet le cas de personnes qui sont encore en âge de travailler et qui recherchent un emploi – plus aisément d'ailleurs après avoir réalisé les soins auxquels elles renonçaient –, de jeunes qui commencent tout juste leur vie professionnelle… On peut alors imaginer que c'est aussi parce que ces personnes envisagent une amélioration de leur situation par rapport à l'emploi et donc une possible évolution de leur situation financière que des perspectives en matière de soins se dessinent.

A contrario, il ressort des entretiens que, les personnes pour lesquelles la perspective de connaître une évolution positive de leurs revenus n'est pas présente, sont celles qui, après l'accompagnement, disent avoir l'impression de ne toujours pas pouvoir accéder aux soins. C'est le cas de cette femme qui évoque la situation de sa mère :

« Bon parce qu'il y a aussi ses yeux. Elle s'est fait enlever la cataracte mais maintenant, de nouveau, elle voit moins. Et le problème sera toujours le même avec sa petite retraite », H2, Femme, 83 ans, retraitée, veuve, vit seule (propos de la fille de cette personne).

Comme le souligne la fin de ce verbatim, pour de nombreuses personnes à la retraite ou en invalidité notamment, aucune perspective n'existe en effet pour accroître leurs ressources ; cela fait dire à un retraité que *« le côté financier est un peu une impasse ».* Dans ce contexte, même si ces personnes reconnaissent l'importance et l'utilité de l'aide qui leur a été apportée par la PFIDASS, les soins leur paraissent encore et toujours inaccessibles, et ce principalement parce qu'elles pensent ne pas pouvoir en assumer les coûts :

« Je me dirai toujours : « il faut que j'attende ». Non, je peux pas. Ou alors, il faudra que j'ai une autre aide parce que financièrement, quand on peut pas avoir des soins, on peut pas, c'est tout, ça ne change pas comme ça », H1, Femme, 66 ans, retraitée, en ALD, vit seule.

Au-delà de la levée des obstacles financiers à un moment T, la question qui se pose est donc bien celle de l'accès financier aux soins sur le moyen et le long terme. C'est le cas quand la situation financière des assurés ne changera *a priori* plus, nous venons de l'évoquer, mais aussi lorsque la reprise d'un emploi est incertaine et/ou quand l'emploi occupé par les personnes est fragile ou peu rémunérateur :

« Et comme me l'a expliqué la dame au téléphone, je vais avoir ma prise en charge pendant un an. Donc pendant un an, je ne vais pas avoir ce souci mais après… Mon mari ne retravaillera certainement jamais et moi, avec mon petit emploi, je ne peux pas tout assumer », H5, Femme, 42 ans, vit en couple, deux enfants à charge, vient de retrouver un emploi.

La fragilité de la situation financière de certaines personnes peut parallèlement rendre problématique le paiement de leur complémentaire. Même si l'accompagnement PFIDASS a permis d'en ouvrir une qui soit la plus adaptée aux possibilités financières des assurés, ces derniers doutent de pouvoir continuer à la payer à plus ou moins long terme :

« J'ai pris la mutuelle. Mais niveau salaire, je trouve que ça va être dur de la garder. Par exemple, là j'ai dû m'arrêter quatre jours par rapport à mon dos, et je n'ai eu que 980 euros à la fin du mois. C'est un peu chaud. Puis j'avais travaillé le lundi et j'étais ensuite allée voir le médecin, mais lui a marqué l'arrêt de travail au jour de ma venue, donc ça m'a fait perdre le lundi, mardi et mercredi, pour les trois jours de carence. Puis après j'avais le weekend, donc j'ai perdu une semaine de salaire. Je ne peux pas m'arrêter, financièrement. Si je suis arrêtée je ne peux rien payer. Donc je fais tirer jusqu'au moment

où je ne pourrais plus », D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Ce dernier verbatim permet en outre de saisir le cercle vicieux dans lequel certaines personnes se trouvent ; malgré l'existence de besoins de soins, les personnes renoncent à adresser leur demande à un professionnel de la santé de peur de devoir s'arrêter de travailler et de voir leur situation financière se dégrader encore davantage, alors qu'elle ne leur permet déjà pas de financer, en l'état, le coût des soins dont elles auraient besoin et d'assumer les frais liés à leur couverture complémentaire.

« Et puis c'est aussi grâce à la mutuelle que j'ai que je peux me soigner. Mais maintenant, je ne sais pas si je vais pouvoir continuer avec la mutuelle, parce que je n'arrive pas trop à payer », C09, Homme, retraité, en ALD, vit seul.

Assez logiquement, les personnes pour lesquelles des incompréhensions persistent concernant les modalités de l'accès aux droits et aux soins sont également celles qui doutent le plus de leurs possibilités à accéder aux soins dans les mois à venir. La complexité administrative semble être, pour ces personnes, un obstacle particulièrement infranchissable :

« Je trouve que maintenant la santé c'est un peu compliqué, toutes les démarches. On m'a aidée et je suis toujours à me demander comment faire. Là j'ai un problème au dos depuis le mois de février, j'ai toujours mal et je n'ai toujours pas de solution », D06, Femme, 37 ans, vit en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

On ressent à travers les mots de cette personne le poids de la complexité et le fait, que malgré l'accompagnement dont elle a bénéficié, elle a l'impression qu'aucune solution n'existe pour améliorer son accès aux soins. Un autre extrait de l'entretien réalisé avec cette personne est, dans ce cadre, instructif ; le voici :

« Je pense toujours que les portes sont fermées. Je sais d'avance que je ne peux pas avoir d'aides, que quand on a deux salaires, on est riches. C'est que quand on a la CMU et tout… Bon là, il y a des aides. Et puis après il y a le palier du milieu où on a du mal à se faire aider et où on pense que vous n'êtes là que pour payer », D06, Femme, 37 ans, en couple avec deux enfants à charge, travaille à temps partiel.

Même en ayant été accompagnée par la PFIDASS et aidée par la CPAM pour financer ses soins dentaires, cette femme continue donc à penser que les aides sont destinées à d'autres qu'elles et que, par conséquent, les portes des organismes sociaux et du système de santé lui sont et lui seront toujours fermées. Cela provient peut-être du fait qu'elle n'a pas tout à fait compris comment utiliser l'aide financière qui lui a été attribuée, ni dans quelle proportion celle-ci allaient la soulager du reste à charge concernant ses soins dentaires.

Mais ce verbatim permet également de comprendre à quel point certaines représentations relatives au système de protection sociale et de santé sont solidement ancrées dans les esprits ; dans cette perspective, si le service proposé par la CPAM peut parfois participer à les faire évoluer, dans d'autres cas, les représentations ne bougent absolument pas, constituant alors un frein majeur dans l'accès aux soins des personnes.

6. DES SITUATIONS DE RENONCEMENT SUR LESQUELLES LA PFIDASS A PEU DE PRISE(S).

La situation de cette personne, qui demeure, semble-t-il, problématique même après l'accompagnement par la PFIDASS, nous permet d'évoquer toutes les autres situations sur lesquelles

les prises de la plateforme sont minces sinon absentes. En premier lieu, il paraît nécessaire de souligner que les positionnements par rapport à l'accompagnement proposé par la CPAM sont très divers et que, tenant notamment compte de cela mais aussi de bien d'autres paramètres, il est clair que toutes les prises en charge par la PFIDASS ne peuvent pas donner des résultats identiques, aujourd'hui et à l'avenir, en termes d'accès aux soins.

6.1. Des positionnements divers par rapport à l'accompagnement proposé.

A. *Accepter l'accompagnement « par politesse ».*

Il ressort des entretiens que certaines personnes, plus particulièrement des hommes âgés avec des besoins de soins dentaires, ont accepté l'accompagnement « par politesse » ou par respect pour les agents de la CPAM, voire peut-être même pour l'institution ; plusieurs verbatim traduisent cela :

« Moi je suis venu par respect pour Monsieur O. mais après… », C09, Homme, retraité, 61 ans, en ALD, vit seul.

« Bon, il semblait tellement vouloir m'aider… Mais l'appareil du haut, J'ai fait mais… », A03, Homme, retraité, en couple.

Dans le cas de cette personne, l'accompagnement a été mené à son terme et a abouti à la réalisation des soins nécessaires, en l'occurrence un appareillage dentaire. Cependant et les mots de cet homme le suggèrent, la décision de s'engager dans un processus de soin semble avoir été guidée plus par la volonté de répondre positivement à la proposition de l'agent de la CPAM que par celle de mettre un terme à l'absence de soins. Au final, c'est bien l'utilité même du soin qui semble être remise en cause. Si l'appareil dentaire reste dans un tiroir, comme elle paraît le sous-entendre, quelle est la plus-value de l'action de la PFIDASS et l'efficience de cette intervention ? Certes le soin a été réalisé, mais cela change-t-il véritablement quelque chose dans la vie de cette personne ?

Dans quelques cas, de telles questions peuvent se poser ; elles méritent d'ailleurs tout particulièrement de l'être lorsque les personnes ont été au bout de l'accompagnement, que des soins ont été réalisés, engageant dans la plupart des cas des financements de la CPAM et/ou d'autres acteurs sociaux, mais que les soins ne paraissent pas être utiles et/ou satisfaisants du point de vue des personnes.

« Bon j'ai été au bout de l'accompagnement même si ces soins… Et résultat je suis pas satisfait des soins, non. Parce que j'ai mal à la prothèse qu'ils ont mise au-dessus, je ne peux pas fermer la bouche. Je garde la prothèse du bas mais pas celle du haut. Je ne la supportais plus, je l'ai même enlevée. J'ai recontacté le dentiste pour voir un peu, voir s'ils peuvent refaire », A03, Homme, retraité, en couple.

Derrière cela, c'est à nouveau l'épineuse question des raisons pour lesquelles les personnes acceptent d'être accompagnées, mais aussi de leur « motivation » à mettre un terme au renoncement, qui s'esquisse.

Si certaines personnes s'engagent par politesse ou respect et vont au bout de l'accompagnement sans toutefois y adhérer pleinement, d'autres abandonnent en cours de route ; les quelques entretiens menés auprès d'assurés qui ont laissé tomber l'accompagnement au bout de quelques jours ou semaines donnent des éléments de compréhension. Ils ne disent cependant et à notre avis pas tout sur cet important sujet de l'abandon.

B. Abandonner l'accompagnement… pour un temps seulement ?

Parmi les 548 saisines clôturées à la date du 12 février 2016, 183 ont été clôturées pour refus des personnes d'être accompagnées ou pour abandon en cours d'accompagnement. Les entretiens montrent que dans certains cas, l'accompagnement « ne tombe pas ou plus au bon moment ». C'est le cas de cet homme pour lequel des actions ont commencé à voir le jour mais qui n'a finalement plus répondu aux sollicitations de son accompagnant. Lors de l'entretien, il nous explique à quel point sa vie est difficile et ce depuis plus d'une dizaine d'années. Alors qu'il commençait à reprendre le dessus et qu'il avait décidé de réaliser des soins longtemps reportés, l'état de santé psychique de sa compagne s'est profondément dégradé ; dans ce contexte, il ne s'est plus senti capable de continuer l'accompagnement. Chercher les papiers nécessaires pour constituer un dossier de CMU C lui est notamment apparu comme une épreuve de plus à surmonter :

« J'ai commencé à préparer le dossier pour ici… Mais honnêtement, j'ai pas la tête à ça… C'est trop. Ma compagne ne va pas bien, psychiquement elle est fragile, elle a peur de se suicider… », H9, Homme, 38 ans, sans emploi, vit en couple avec des enfants, a abandonné l'accompagnement.

Tout comme la santé n'est parfois pas la priorité lorsque de multiples autres problèmes ponctuent le quotidien des personnes, la résolution du renoncement peut être elle-aussi reléguée au second plan. Les démarches à réaliser pour accéder aux droits maladie et aux soins se cumulent souvent à d'autres démarches pour conserver un logement, retrouver un emploi, faire face à un licenciement ; l'ensemble devient alors trop lourd. La fragilité et l'instabilité des situations de vie emportent des fluctuations quant à l'engagement des personnes qui ne sont pas évidentes à réguler pour les accompagnants. Ceci a été évoqué plus tôt dans ce rapport.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que si les changements brutaux et l'apparition de nouveaux problèmes dans la vie des personnes les poussent parfois à abandonner l'accompagnement, ces abandons peuvent être temporaires. Le cas de la personne ci-dessus est instructif. Le jour où nous avons réalisé l'entretien, ce monsieur est venu avec son dossier CMU C et avec l'ensemble des pièces justificatives. L'accompagnement par la PFIDASS, un temps en berne, a ainsi été réenclenché.

Le verbatim ci-après montre que ce cas n'est pas isolé :

« Non je n'ai pas dit : « on arrête ». J'ai dit : « on suspend, et dès que mes problèmes seront réglés je vous recontacterai ». Et comme ils ne sont pas réglés, c'est vous qui avez devancé. Enfin là c'est en stand-by, on va voir plus tard. Mais que je prenne ma mutuelle ou que je ne la prenne pas, j'aurais recontacté la CPAM pour voir ce qu'on peut faire », B04, Homme, 60 ans, vit seul, a abandonné l'accompagnement.

Comme l'indique l'extrait d'entretien, cette personne est confrontée à des problèmes autres que ceux liés à ses soins et veut les régler en priorité ; elle attache parallèlement une grande importance à faire elle-même les démarches nécessaires pour obtenir une complémentaire et ne veut pas que l'accompagnant s'en occupe à sa place. D'autres passages de l'entretien le confirment :

« Déjà je ne voulais pas qu'on m'en fasse cadeau, je voulais avoir une aide mais… et puis elle m'a dit : « Non, vous ne rembourserez pas, c'est une aide qu'on fait comme ça ». Bon, bah moi je veux au moins m'investir », B04, Homme, 60 ans, vit seul, a abandonné l'accompagnement.

S'impliquer dans l'accompagnement, plus précisément faire sa part des démarches, est important pour cette personne qui initialement refusait d'être aidée « gracieusement » par l'Assurance Maladie et

souhaitait pouvoir rembourser toute somme d'argent qui lui serait versée. C'est finalement, et nous le comprenons lors de l'entretien, en réalisant de manière autonome certaines démarches qu'elle rembourse en quelque sorte son dû. Ce qui peut ainsi passer pour un abandon – ce qui est le cas puisque cette personne nous a été adressée pour parler en entretien des raisons de cet abandon – est plutôt le résultat d'une volonté de cet homme de faire un bout du chemin qui conduit aux soins par lui-même, mais de fait dans une temporalité qui lui est propre.

Ces quelques lignes permettent de comprendre à quel point il peut être difficile d'interpréter les comportements des personnes accompagnées et, de manière conséquente pour les agents de la PFIDASS, de savoir quand clôturer « pour abandon » les prises en charge, tout en laissant ouverte la porte de la PFIDASS au cas où les personnes souhaiteraient revenir.

6.2. Quand l'accompagnement n'est pas « identifié » par les personnes.

Les positionnements par rapport à l'accompagnement sont différents d'une personne à l'autre et fluctuent parfois dans le temps pour une même personne. S'agissant des assurés dont nous venons de parler, tous ont toutefois compris qu'ils avaient été accompagnés et pris en charge dans le cadre d'un service spécifique.

Les entretiens montrent que quelques assurés n'ont quant à eux absolument pas perçu cet accompagnement et n'ont parallèlement pas le sentiment d'avoir bénéficié d'un service particulier de la part de l'agent de la CPAM qui les a suivies. L'échange que nous avons eu avec une jeune femme est à cet endroit intéressant :

Enquêteur : *« Ici, à la Sécurité sociale, vous avez été aidée pour avoir une carte vitale et une mutuelle, la CMU C… Est-ce que vous vous souvenez de ça ? »* - Enquêtée : *« Oui d'accord. La CMU… J'ai pas ça… Peut-être qu'on m'a appelée, je sais pas… »,* H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

Deux choses importantes apparaissent dans ce verbatim : premièrement, cette jeune femme ne s'est pas vraiment rendue compte que quelqu'un avait pris contact avec elle pour évoquer ses difficultés d'accès aux soins. Deuxièmement, elle n'a pas compris que la CMU C lui avait été attribuée. En creusant un peu, elle finit par dire qu'une personne de sa famille a répondu au téléphone pour elle et discuté en effet avec une personne de la CPAM. Les informations enregistrées dans l'outil de gestion des accompagnements montrent en outre que plusieurs appels ont eu lieu entre l'agent PFIDASS et la jeune femme ou un membre de sa famille. Elle en a vaguement souvenir mais ne peut pas expliquer en quoi ont consisté ces échanges. Elle sait toutefois qu'elle a désormais une carte vitale à jour – elle faisait partie des quelques personnes qui n'avaient pas de protection maladie de base – et est très reconnaissante à la CPAM pour cela. Pouvoir se soigner lui apparaît comme une véritable porte ouverte sur le monde :

« Je vais pouvoir faire tant de choses », H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

D'origine marocaine, venue en France pour suivre son époux, ayant *« été empêchée de sortir par son mari lorsqu'ils étaient en couple »*[69], isolée depuis son divorce qui l'a plongée dans une profonde

[69] H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

dépression, cette jeune femme paraît désormais résolue à avancer dans la vie. Avoir une carte vitale à elle – elle était auparavant ayant-droit de son mari – revêt ainsi une signification toute particulière et signe une forme d'émancipation. Bien qu'elle n'ait pas identifié l'accompagnement comme tel, le résultat paraît lui changer la vie. D'autant plus qu'elle a d'importants problèmes de vue, *« elle regarde mal »* comme elle dit, qui la gênent quotidiennement. Ayant à nouveau des droits maladie ouverts, elle a pu prendre rendez-vous chez un ophtalmologiste.

Dans le cas de cette personne, ce sont, semble-t-il, de fortes difficultés linguistiques qui ont compliqué l'accompagnement et qui ont empêché son identification. La jeune femme comprend en effet le français mais a beaucoup de mal à le parler. Elle évoque aussi auprès de moi sa très grande timidité :

« Pour parler c'est dur. Je reviendrai dans un an peut-être. Quand j'aurai appris le français bien et que j'aurai le courage de parler », H4, Femme, 24 ans, divorcée, recherche un emploi, vit chez ses grands-parents.

Ces difficultés linguistiques expliquent aussi très certainement le fait que cette femme ne sait pas que la CPAM lui a ouvert un droit à la CMU C. Ainsi, même si elle est ravie de posséder une carte vitale, il est possible que cette personne ne recourt pas à certains soins par crainte d'être exposées à d'importants restes à charge ; cela lui est en effet déjà arrivé par le passé quand elle bénéficiait de la protection de base de son mari mais n'avait pas de complémentaire.

Dans d'autres cas, aucune difficulté linguistique ou timidité excessive ne semble venir expliquer la non-perception de l'accompagnement ; les personnes ont tout simplement l'impression d'avoir bénéficié du même service que d'ordinaire dans une CPAM ; lors de l'entretien, il est donc très difficile d'évoquer l'accompagnement et de saisir le ressenti des personnes :

Enquêteur : « *Est-ce que l'accompagnement dont vous avez bénéficié…* - Enquêté : *Qu'est-ce que vous entendez par là ? C'est moi qui ait fait appel à chaque fois. Là comme d'habitude* », A03, Homme, retraité, en couple.

6.3. Des freins « objectifs » à l'accès aux soins qui cachent des difficultés moins palpables.

Que les personnes poursuivent ou abandonnent l'accompagnement, il existe parfois des freins à l'accès aux soins sur lesquels il paraît compliqué d'agir, en tout cas dans le cadre d'un accompagnement administratif tel celui proposé par la PFIDASS. Il est utile d'aborder, même rapidement, les obstacles psycho-sociaux qui participent à éloigner les personnes des soins, de certains d'entre eux en particulier :

A. Quand les soins ou le diagnostic font peur.

Rappelons qu'une part importante des renoncements pris en charge par la PFIDASS concerne des soins dentaires. En la matière, les obstacles sont tout à la fois financiers et cognitifs. Ainsi, même si la plateforme lève les premiers, il arrive que les seconds demeurent et rendent finalement impossible la réalisation des soins ; un homme d'une quarantaine d'années me parle, lors de l'entretien, de l'angoisse qui a été la sienne lorsqu'il s'est retrouvé sur le fauteuil du dentiste. C'est cela qui pour le coup explique l'arrêt de l'accompagnement :

« Oui, c'est ça, j'ai de gros problèmes dentaires… Le reste, ça va… Enfin je veux dire, physiquement ça va. Le problème que j'ai c'est la peur, la peur du dentiste je veux dire. Peut-être qu'il y a quelques années, j'aurais pu aller me faire soigner mais maintenant c'est impossible. J'ai été pour faire le devis mais j'ai cru mourir sur le fauteuil », H6, Homme, environ 40 ans, en arrêt maladie, vit seul, a abandonné l'accompagnement.

Il faut en outre signaler que les peurs de ce type sont bien souvent tues aux accompagnants. C'est le cas pour ce monsieur qui a préféré ne plus répondre aux appels de la PFIDASS plutôt que de devoir dire sa peur du dentiste :

« Un grand gaillard comme moi, vous imaginez », H6, Homme, environ 40 ans, en arrêt maladie, vit seul, a abandonné l'accompagnement.

Ce silence concerne également bien souvent les craintes de certaines personnes d'avoir « de mauvaises nouvelles » si elles consultent un médecin. Deux personnes au moins ont évoqué cela lors des entretiens alors qu'elles disent n'en avoir jamais parlé à leurs accompagnants. Elles pensent en effet que cela « leur appartient » et disent simplement qu'elles n'ont pas souhaité en parler. A leur façon d'expliquer les choses, on comprend que ces personnes ont poursuivi l'accompagnement parce qu'elles pensaient pouvoir dépasser leurs craintes ; mais lorsque la réalisation du ou des soins est devenue plus concrète, cet obstacle cognitif est finalement paru difficilement surmontable et a pu amener les personnes à ne plus donner suite.

Les entretiens permettent en parallèle de comprendre que certaines personnes entretiennent un rapport à la médecine, aux services de santé et aux soignants particulièrement complexe ; leur(s) renoncement(s) s'explique(nt) alors autant, sinon plus, par des représentations négatives concernant le monde médical et la qualité des soins dispensés dans le système de santé que par des causes objectives. En général cependant, les raisons objectives ou matérielles sont plus évidentes à mettre en mots par les personnes et à donner à entendre à des agents particulièrement motivés pour aider les personnes à sortir de cette situation :

« Je l'ai pas dit mais c'est pour ça que parfois aussi j'hésite à me soigner. Surtout l'hôpital… J'ai pas confiance en règle générale… Mon papa avait le cancer et de toute façon, ils l'ont pas soigné. Donc non moi franchement, l'hôpital… Il y en a beaucoup des affaires comme ça… Moi j'ai pas trop confiance… Comme dans les médicaments d'ailleurs. Dès qu'on me donne maintenant un générique, je le prends pas », H11, Femme, 59 ans, en invalidité, vit seule.

« Les médecins, tout ça… Il faut dire que mes deux parents sont morts du cancer. Je les ai vus souffrir, je les ai vus à l'hôpital… Alors tout ça maintenant… Le dépistage… Je ne peux pas faire ce genre de choses… », H7, Femme, 51 ans, en ALD, en invalidité, vit seule.

Il ne s'agit pas ici de décrypter finement ces situations mais de rappeler que le rapport aux soins et aux soignants se construit tout au long d'une vie, au gré des confrontations des personnes avec le système de santé ainsi que des expériences – souvent jugées mauvaises – rapportées par d'autres. Dans ce contexte, certains freins à l'accès aux soins ne peuvent disparaître en l'espace de quelques mois, et ce malgré toute la bonne volonté des accompagnants. Prendre à nouveau soin de soi et de sa santé ne va pas nécessairement de soi, d'autant plus pour des personnes qui se sont progressivement éloignées des soins et qui, bien souvent, ont construit leurs représentations en la matière sur des « on dit ».

B. Quand les pathologies et les problèmes de santé sont complexes à prendre en charge.

Dans ce contexte, même si l'accompagnement par la PFIDASS se passe bien, même si les obstacles objectifs sont levés, il arrive que les personnes abandonnent leur parcours vers les soins mais aussi que leurs besoins soient *in fine* compliqués à prendre en charge par les professionnels de santé. Là encore si objectivement tous les feux paraissent au vert pour réaliser les soins, certains éléments peuvent en fin de compte ressurgir et venir compliquer leur mise en place. Le cas d'une femme rencontrée en entretien participe de ces situations complexes à solutionner d'un point de vue médical et qui font que même si l'accès aux soins est possible, leur réalisation est quant à elle plus problématique :

« Mes allergies, ça peut me faire des œdèmes… Alors c'est pour ça aussi que j'ai peur de faire un appareil pour mes dents. Si je veux pas de la résine, il va me faire quelque chose qui va être hors de prix. Ma maladie, mes allergies et les problèmes d'argent en plus, disons que pour les soins, c'est compliqué… Vous m'aidez à payer mais est-ce qu'il pourra me faire quelque chose ? », H11, Femme, 59 ans, en invalidité, vit seule.

Une autre personne explique être très satisfaite du travail réalisé par l'accompagnant PFIDASS, mais à l'heure actuelle, n'a toujours pas d'appareil dentaire car celui qui a été fait lui provoque d'importantes douleurs. Lorsque nous lui demandons s'il pense contacter l'agent de la PFIDASS pour l'informer du fait qu'il ne peut pas porter son dentier, il me répond ainsi :

« Non, c'est honteux pour moi. On m'a déjà donné 800 et quelques euros, qu'est-ce qu'ils vont dire maintenant ? Que celui-là ne cherche qu'à prendre de l'argent ! Je sais que si on refaisait le dossier une autre fois, je n'aurais rien, j'ai déjà eu de l'argent alors qu'avec le dentiste, on disait que ça n'allait pas tenir. Ils ont voulu le faire, ils ont essayé et ça ne tient pas ! Tant pis [Il soupire]. *Qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? On a fait l'impossible, mais ça n'a pas marché »,* C04, Homme, 81 ans, retraité, vit seul.

Conclusion de partie

Tout comme le BRSG l'a montré, les situations de vie des renonçants sont fragiles, et ce de manière multidimensionnelle : fragilité des revenus, fragilité du rapport à l'emploi pour les personnes en âge et en capacité de travailler, fragilité des modalités de protection sociale et/ou fragilité des supports relationnels.

Les récits faits par les renonçants de leurs difficultés par rapport aux soins montrent également, et à nouveau, dans quelle mesure des événements douloureux – un événement unique ou des événements cumulés (maladie, accident du travail, décès d'un proche, séparation conjugale, départ du foyer parental dans des conditions compliquées, licenciement, faillite, …) - sont présentés comme une variable fortement explicative de leur situation actuelle en matière de santé et, plus globalement, de leur situation de vie.

Ces événements ont souvent entraîné une perte de revenus pour les personnes – allant même dans plusieurs cas jusqu'à de graves situations d'endettement - ; ils ont pu conduire certaines à ne plus pouvoir travailler ou à s'éloigner du marché de l'emploi et/ou à être mises en invalidité ou reconnues comme personnes handicapées.

Tous les points qui précèdent semblent signaler que les renoncements captés par la PFIDASS sont plutôt des renoncements « barrières », c'est-à-dire induits par la présence d'un ou de plusieurs obstacles « objectifs » ou « matériels » sur le chemin de l'accès aux soins, auxquels peuvent d'ailleurs s'ajouter des freins de nature psycho-sociale. Dans ce contexte, le renoncement aux soins s'encastre dans des privations quotidiennes et emporte des situations de vie qui, pour certaines, au-delà d'être fragiles, paraissent sur le point de basculer.

Il est intéressant de noter que les personnes ne renoncent, pour la grande majorité d'entre elles, pas à l'ensemble des soins dont elles ont besoin. Elles sont, pour beaucoup, en contact avec le système de protection sociale et de santé, en particulier parce qu'elles sont fréquemment prises en charge au titre d'une ALD. Bien qu'en contact avec les institutions sanitaires et sociales, ces personnes sont au moins aussi perdues par rapport à leurs droits et aux soins que la minorité de personnes totalement éloignées du système de santé – plus particulièrement des personnes jeunes et des hommes d'une cinquantaine d'années seuls et isolés.

Pour les personnes en ALD ou en invalidité, ou qui sont arrêtées pour cause de maladie ou d'accident du travail, la complexité de leur situation médico-administrative génère une impression de se noyer, de ne plus rien comprendre et, de fait, de ne pas maîtriser l'accès à leurs droits et à certains de leurs soins. Pour les personnes très éloignées de tout type de soins, (re)mettre un pied dans le monde de la protection maladie et dans le système de santé peut paraître tout simplement impossible.

Etre en plein milieu du système de protection maladie et de santé ou être complètement en dehors peut ainsi conduire au même résultat. Dans ce cadre, on comprend que les besoins de guidance sont massifs : informations, explications, conseils, orientation, et plus globalement soutien de la part des organismes sociaux et des professionnels de la santé, voici ce que demandent tous les renonçants. Si les obstacles financiers dans l'accès aux soins sont prégnants, comme l'indiquaient déjà le BRSG, ils s'expliquent, dans une certaine mesure, par du non-recours aux droits maladie et aux aides facultatives - non-recours de tous les types d'ailleurs -, par une inadaptation des protections, par une méconnaissance de l'offre de soins et une désorientation dans le système de santé. Des leviers existent donc.

Ce n'est, en outre, pas parce que le renoncement de la plupart des personnes captées par la PFIDASS est partiel qu'il n'est pas très intégré par celles-ci. Le fait que de nombreux renoncements s'installent dans la durée et concernent des personnes dont l'état de santé est déjà *a priori* fragile, est aussi ce qui explique les multiples conséquences sur la vie des personnes. Les renoncements impactent l'état de santé physique et affectent très fortement le moral ; ils créent, dans bien des cas et notamment quand les besoins de soins non satisfaits sont liés au dentaire, des douleurs permanentes et entravent le bien-être au quotidien ; ils peuvent aussi gêner les personnes dans leur vie professionnelle, sociale et/ou familiale.

C'est bien parce que renoncer à se soigner, partiellement ou totalement, a des conséquences individuelles de différentes natures que le phénomène n'est parallèlement pas sans conséquences sur les rapports sociaux et le vivre ensemble. Les renonçants ressentent, pour la grande majorité d'entre eux, un sentiment d'injustice par rapport au fait de ne pas pouvoir accéder aux mêmes possibilités que d'autres en matière de soins et rejettent, en partie, la responsabilité de cette situation sur ces autres. Derrière le renoncement aux soins, se dessinent ainsi de potentielles fractures sociales et de probables entailles dans le lien social.

Face à ces situations qu'elle détecte, la PFIDASS a des prises ne serait-ce que parce que les renoncements s'expliquent quasiment toujours par des problématiques de guidance qui viennent attiser les obstacles financiers et activer leurs conséquences sur l'accès aux soins.

Les gains de l'accompagnement pour les personnes sont relatifs aux effets directs sur l'accès aux soins et, au-delà, à leur mise en capacité pour mobiliser au mieux les ressources proposées par la société pour avancer dans les différentes dimensions de leur vie. Avec l'intervention de la PFIDASS, les droits à la protection de la santé et aux soins, objectivement reconnus comme fondamentaux dans notre pays, et bien au-delà de celui-ci, deviennent effectifs, à un moment T en tout cas. Parallèlement, l'accompagnement apporte un réconfort « de nature psychologique » à des personnes qui, pour beaucoup d'entre-elles, se sont régulièrement senties abandonnées par les institutions et les professionnels du système de protection sociale et de santé, parfois même maltraitées par les fonctionnements de celui-ci ; dans ce contexte, l'accompagnement par la PFIDASS emporte, pour la très grande majorité des personnes, une forme de reconnaissance sociale de laquelle découle un renforcement de l'estime de soi. La PFIDASS est ainsi un dispositif qui permet à l'Assurance maladie de (re)trouver une part de l'humanité qui compte parmi ses valeurs originelles et sa fonction sociale en intervenant à coûts nouveaux et directement dans des situations sociales problématiques.

La question qui se pose est celle de la durabilité des effets de l'intervention de la plateforme. Des indices suggèrent une autonomisation de certaines personnes par rapport à leurs parcours dans les droits et les soins ; d'autres montrent la persistance d'incompréhensions et la prégnance de questionnements sur des points très spécifiques de la prise en charge des soins, en particulier lorsque les situations médico-administratives des personnes sont très complexes. Au-delà, il ressort une forme d'irréversibilité sur le long terme de nombreuses situations ; même si des solutions ont pu être apportées aux personnes à un moment T, rendant possible la réalisation du ou des soins manquants, l'impression est forte que dans quelques mois, quelques années, les difficultés réapparaîtront, concernant le même type de soins ou d'autres. Des obstacles plus structurels – chômage de longue durée, précarité des emplois, désajustement du montant des minima sociaux et de certaines pensions par rapport au coût de la vie, … – paraissent en effet pouvoir entraver durablement l'accès aux soins des personnes.

Conclusion

La PFIDASS est surplombée par des enjeux forts : des enjeux propres à l'Assurance Maladie relatifs en particulier à la conception des métiers, aux pratiques professionnelles, à l'articulation des différents services et des composantes administrative, médicale et sociale. Elle participe et accélère le renouvellement du métier d'agent d'accueil, elle suggère la création d'un nouveau métier « d'accompagnant administratif en santé ». En se structurant de plus en plus et en délimitant progressivement ses limites d'action, la PFIDASS appelle parallèlement, autant qu'elle s'inscrit dans, une réflexion institutionnelle sur le rôle de chaque entité de l'Assurance Maladie et sur le sens général de la mission collective.

Les enjeux sont également extérieurs à l'Assurance Maladie : un dispositif tel celui de la PFIDASS interroge le positionnement propre de chaque acteur sanitaire et social impliqué dans la plateforme et emporte certainement la nécessité d'une orientation stratégique partagée. C'est bien en toile de fond la question de la place des institutions sociale et sanitaire dans la définition d'un projet politique territorial concernant la limitation des inégalités d'accès aux soins et peut-être même des inégalités sociales de santé qui semble se poser.

Une chose est certaine : le service proposé par la PFIDASS répond de manière pertinente aux besoins de guidance des personnes accompagnées et contribue, ce faisant, à lever une partie des obstacles financiers qu'elles rencontrent. Outre le résultat en matière de soins, outre le déblocage d'aides financières, c'est bien le moyen choisi par la CPAM pour prendre en charge le renoncement aux soins que plébiscitent les personnes accompagnées. Le changement du « faire » s'il est perçu par les professionnels de l'Assurance Maladie, l'est également par les assurés. Le rapport qui tend à s'établir entre les uns et les autres replace en son cœur des principes originels ; les mots « sécurité » et « sociale » retrouvent du sens. Pour autant, les obstacles structurels qui gênent durablement l'accès aux soins de certaines personnes et l'effectivité sur le long terme des droits sociaux fondamentaux sont là ; ils interrogent sur la faible réversibilité de certaines situations et, de fait sur leurs conséquences individuelles et collectives, économiques, sociales et politiques. Un dispositif tel celui de la PFIDASS a en tout cas toute sa place pour intervenir sur des situations de santé « réversibles » ; il produit ce faisant un effet préventif en remobilisant les personnes sur la prise en charge de leur capital santé, évitant ainsi une éventuelle aggravation de leur état de santé. Il peut ainsi conduire à éviter que les situations ne deviennent irréversibles.

Aujourd'hui, il semble possible de dire que la PFIDASS signe les prémices d'un changement, non pas seulement organisationnel, mais de paradigme pour l'Assurance Maladie (dans) une sorte de statu quo institutionnel. Face aux différents enjeux, des leviers existent :

- En termes de formation pour soutenir les transformations des modes de faire et l'invention de nouveaux métiers et équiper le plus solidement possible les professionnels ;

- En termes d'information pour contextualiser les évolutions, leur donner individuellement et collectivement du sens et institutionnaliser des représentations nouvelles concernant le renoncement, le système de protection maladie et de santé, ses bénéficiaires potentiels et effectifs ;

- On pourrait aussi imaginer la fabrication d'un « milieu » de détecteurs aux appartenances et fonctions diverses et d'une action en continu d'échange de pratiques, notamment pour

dessiner des cibles partagées, populationnelles et/ou territoriales et/ou par type de besoins sociaux, et des complémentarités pour consolider le soutien apporté aux personnes et leur mise en capacité pour participer pleinement à la société ;

- La création d'une instance type Comité d'orientation stratégique pluri-partenariale pourrait amener quant à elle une consolidation de la gouvernance et de l'orientation stratégique du système par un échange régulier et une « maintenance » collective, en réseau et dans le temps.

- Des méthodes dites de « conduite du changement » pourraient enfin s'avérer être un précieux outil pour faire face aux multiples enjeux relatifs à la PFIDASS. Pour donner un exemple concret, nous présentons dans l'encadré ci-dessous (1) une démarche expérimentale portée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui mobilise ce type de méthode.

Encadré 1.

L'expérimentation IMPACT et l'action de « conduite du changement »

La CNSA est engagée de son coté, parmi ses nombreux chantiers relatifs à la gestion de l'Aide personnalisée pour l'autonomie (APA) et la Prestation de compensation du handicap (PCH), dans l'expérimentation IMPACT. Elle vise à définir dans le cadre d'un nouveau formulaire de demande de compensation, une grille des « attentes et des besoins ». Ce travail mené dans les départements du Nord et du Calvados s'inscrit dans un travail participatif professionnels/publics, via les associations représentant les personnes handicapées. Cette démarche a un double intérêt, à la fois de construire un outil de co-définition sous forme de formulaire CERFA (au 1er janvier 2017), qui sera appliquée par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), mais aussi d'identifier de nouveaux besoins et droits potentiels, dans le but de répondre aux attentes et de satisfaire les besoins des populations en mobilisant au plus l'ensemble des droits à des prestations, financières ou non financières, qui peuvent être ouverts.

La démarche expérimentale de la CNSA ressemble sur plusieurs plans à celle de la PFIDASS, tant sur la prévention des besoins et l'anticipation des situations de non-recours à des droits et services, en allant vers les publics au travers de l'implication d'acteurs professionnels (même s'ils sont associatifs), que sur la nécessité de penser les termes d'une action collective – impliquant différents acteurs – autour d'objectifs partagés et de ressources à rapprocher. Ce que nous savons par ailleurs de cette expérience en ce qui concerne l'Odenore – au travers notamment d'échanges engagés avec la CNSA dans le cadre d'une convention générale de recherche pluriannuelle – montre également que la Caisse a besoin pour ce faire d'inclure une action de « conduite du changement » par des méthodes collaboratives (co-construction du formulaire CERFA en croisant les expériences des professionnels et des publics) et par essaimage progressif (en direction des MDPH qui sont des groupements d'intérêt public sous tutelle administrative et financière des Conseils départementaux). Aussi, cette autre démarche met-elle en avant un besoin d'accompagnement de l'innovation introduite dans les organisations pour anticiper au mieux les attentes et les besoins des publics de façon à ce que l'expérimentation puisse se consolider, s'étendre et se pérenniser. Il nous semble que cette histoire est celle à venir de la PFIDASS lorsque l'on écoute à la fois l'intérêt des acteurs pour la démarche engagée et leur demande de retours d'expérience de façon à les aider à devenir au mieux des professionnels de l'accompagnement des publics vulnérables par rapport au phénomène du renoncement aux soins.

Il reste à l'heure actuelle des points aveugles concernant la PFIDASS et le renoncement aux soins :

- Le premier point aveugle concerne les apports et les bénéfices individuels et collectifs de l'accompagnement PFIDASS, sur le moyen et le long terme ; à cet effet la création d'une cohorte de personnes accompagnées pourrait être pertinente de manière à suivre, au travers de questionnements réguliers sur plusieurs mois voire années, leur parcours par rapport aux droits et aux soins, plus globalement d'ailleurs leur parcours de vie, dans leurs dimensions économique, sociale, familiale et professionnelle ;

- De manière liée, c'est bien la question des coûts qui doit désormais être étayée et sortir de l'ombre, et ce dans deux directions au moins : l'évaluation du coût de production et de structure d'un dispositif tel celui de la PFIDASS et l'évaluation du coût financier du renoncement aux soins. Dans une approche démonstrative qui chercherait à justifier une intervention sur le renoncement aux soins, approcher les coûts du renoncement et de l'action visant à le réduire, voire à le prévenir, est indispensable.

  Concernant les coûts de l'action, l'évaluation paraît davantage imaginable d'un point de vue méthodologique et pertinente sur le fond, maintenant que la plateforme est quasiment sortie de sa phase d'expérimentation. Pour autant, elle pourrait gagner en solidité en laissant encore un peu de temps pour que la PFIDASS se stabilise. Nous présentons l'état de la réflexion et les possibilités méthodologiques sur ce point dans l'encadré 2 p. 118.

  S'agissant de l'épineuse question du coût financier du renoncement, la réflexion en la matière a largement avancé. Elle est portée par le CHU de Nîmes, en lien avec la CPAM et l'Odenore et prend concrètement forme au travers d'un protocole méthodologique proposé par le CHU, visant non pas *l'évaluation du coût financier du renoncement* mais *l'estimation du coût d'une prise en charge tardive*[70]. Nous conclurons ce rapport en présentant l'état de cette réflexion dans l'encadré 3 p. 119.

[70] Patrice Ray, 2016, « Evaluation du taux de prises en charge tardives toutes pathologies confondues au CHU de Nîmes », CHU de Nîmes. Le Professeur Patrice Ray est chef de service de Pneumologie. Le protocole a été élaboré en lien avec une méthodologiste, le Docteur Christel Castelli, et une économiste de la santé, le Docteur Sihame Chkair, toutes deux du Service de Biostatistique, Epidémiologie Clinique, Santé Publique et Information Médicale (BESPIM) du CHU de Nîmes.

Encadré 2.

L'évaluation des coûts induits par la PFIDASS

L'évaluation pourrait ici concerner l'efficience du dispositif. La mesure d'efficience demande par définition de rapporter les résultats de l'action aux moyens financiers, humains, techniques, etc., mis en œuvre pour sa réalisation. L'évaluation de l'efficience vise à répondre à la question : « Les résultats de la politique sont-ils à la mesure des sommes dépensées ? »

Sur ce plan, des premiers éléments pour un design d'évaluation de la PFIDASS sont nécessaires et pour beaucoup connus. Ils portent sur les ressources mises en œuvre. Ces ressources sont d'abord humaines, comme on l'a vu dans la description du fonctionnement du système de la PFIDASS. Elles correspondent au nombre de professionnels impliqués dans la détection du renoncement puis dans l'apport de réponses, mais aussi dans la coordination et le suivi général ; à leurs fonctions dans l'organisation d'appartenance ; aux temps de travail consacrés aux activités dédiées pour le fonctionnement de la PFIDASS et à leurs coûts de salaires. La mesure d'efficience peut aussi inclure – mais ici cela peut ne pas paraître nécessaire – la prise en compte de coûts de matériels (achats et amortissements) et autres coûts de structure. En revanche, pour le niveau 3 d'intervention, amenant des aides financières pour le financement de soins, il importe de connaître en moyenne et par acteur les hauteurs financières engagées.

A ce stade, l'évaluation de l'efficience n'est pas menée dans la mesure où les informations sur les ressources mobilisées – si elles sont connues – n'ont pas été centralisées. Dès lors qu'une mesure d'efficience serait entreprise, il serait important de tenir compte du moment. En effet les coûts d'une action peuvent être supérieurs lors de son lancement et en attendant de trouver le niveau de stabilité qui permet de juger des moyens nécessaires en « rythme normal ». Aussi, pensons-nous que cette évaluation de l'efficience, si elle est nécessaire, pourrait être conduite plus tard dans la mesure même, comme le montre le rapport, où la poursuite et le développement du dispositif de la PFIDASS demande une « conduite du changement » qui appelle certainement des coûts spécifiques qui seront amortis au travers de l'efficacité d'un système stabilisé.

Cela étant, l'exercice serait d'autant plus intéressant à produire que dans le cas présent, grâce à *l'estimation des coûts des prises en charge tardive*, dont nous parlerons ci-après, il serait possible de mesurer l'efficience en fonction d'une estimation de surcoûts que la PFIDASS peut éviter. Ceci resterait néanmoins une approximation. C'est donc tout l'enjeu de l'élargissement de la détection des situations de renoncement aux soins à des professionnels de santé qui peuvent relever des situations de non-recours. Avec ces détecteurs, il serait possible, par le suivi de la résolution des situations détectées, de comparer les coûts de traitement par la PFIDASS ayant permis aux personnes d'accéder à des soins manquants avec ceux induits – pour un même type de pathologie – par une prise en charge tardive. Une telle piste de travail, qui appelle à son tour une consolidation méthodologique – peut être au cœur d'une suite à donner à cette étude.

Encadré 3.

De l'évaluation du coût financier du renoncement,
à l'estimation du coût d'une prise en charge tardive.

Ce qui suit présente le *design* de l'évaluation et non ses résultats qui sont en attente puisque le processus n'est pas achevé. Cette présentation du processus en cours reprend en partie les termes du protocole de recherche clinique proposé et rédigé par le CHU[71], à partir notamment d'éléments apportés par la CPAM et l'Odenore.

Au départ, l'objectif était d'évaluer les conséquences financières du renoncement aux soins. Le projet d'accompagnement scientifique proposé par l'Odenore précise : *« il s'agit d'apporter des éléments d'estimation des coûts financiers induits par le rattrapage de soins suite à la prise en charge dans le cadre de la PFIDASS, rattrapage concernant des besoins de soins avérés qui auraient pu être satisfaits plus tôt »*[72]. Sans autre considération, l'idée première conçoit qu'il est possible de pouvoir mesurer les coûts financiers induits à la fois par les prises en charge médicales tardives, mais aussi par le dispositif PFIDASS lui-même, mesurés notamment en temps de travail des professionnels impliqués, que ceux-ci jouent un rôle de détecteur, de conseiller ou d'accompagnant, et en termes de coûts de structure.

Comme souvent dans les processus d'évaluation de politique, de programme ou d'action, l'objectif initial évolue au fur et à mesure que la méthode s'affine. C'est le cas ici aussi. Aussi est-il important dans ce rapport qui a également une fonction de mémoire de l'expérience de la PFIDASS, de revenir sur les premières étapes du processus en cours, et de rappeler pour commencer les hypothèses de travail initiales.

Les hypothèses de travail initiales

Au tout début de la réflexion menée entre la CPAM du Gard et l'Odenore qui a associé pour cela l'économiste Thibault Gadjos, directeur de recherche au CNRS à l'Université Aix-Marseille, deux hypothèses de travail ont été formulées :

- La première visait à faire la preuve du renoncement aux soins à partir d'une estimation des coûts financiers induits par le rattrapage – suite à la prise en charge dans le cadre de la PFIDASS – de soins avérés qui auraient pu être satisfaits plus tôt. A noter que ce choix portait pour le coup non plus spécifiquement sur du renoncement (besoins de soins non satisfaits déclarés par les personnes), mais sur du non-recours (besoins de soins non satisfaits avérés d'un point de vue médical).

- La seconde hypothèse consistait à faire la preuve du coût du renoncement en s'intéressant aux situations de santé les plus dégradées, perçues lors de l'accueil de patients en hospitalisation ou en

[7171] Patrice Ray, 2016, « Evaluation du taux de prises en charge tardives toutes pathologies confondues au CHU de Nîmes », CHU de Nîmes. Le Professeur Patrice Ray est chef de service de Pneumologie. Le protocole a été élaboré en lien avec une méthodologiste, le Docteur Christel Castelli, et une économiste de la santé, le Docteur Sihame Chkair, toutes deux du Service de Biostatistique, Epidémiologie Clinique, Santé Publique et Information Médicale (BESPIM) du CHU de Nîmes.

[72] Odenore/Greqam, 2014, « Accompagnement scientifique de l'expérimentation de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins dans le Gard (ACCOS-PFIDAS) » - Réponse à la consultation « Conditions de l'accompagnement scientifique de l'expérimentation de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins par la CPAM du Gard et ses partenaires ».

consultation au CHU de Nîmes, suite à un parcours de soins « erratique » (retard/renoncement aux soins, parcours de soins chaotique…). L'idée étant ici de mettre en évidence les conséquences économiques des parcours de soins impactés par un retard/renoncement aux soins, si on n'agit pas préventivement par des dispositifs de type PFIDASS.

Suite aux rencontres et discussions entre la CPAM, le CHU et l'Odenore, la seconde hypothèse de travail a été retenue. Deux raisons expliquent ce choix. D'une part, il est rapidement apparu du point de vue méthodologique qu'il est difficile sinon impossible d'imputer les coûts induits par le rattrapage aux situations de retard/renoncement aux soins. D'autre part et tenant compte de la non faisabilité de la première hypothèse de travail, les acteurs ont considéré qu'il était plutôt intéressant et important de connaître les coûts, pour le CHU, des actes réalisés auprès de patients présentant les situations de santé les plus dégradées, de façon à apporter un élément global d'appréciation financière des coûts qu'un dispositif de prévention tel que la PFIDASS peut éviter. En effet, et comme le démontre ce rapport, en intervenant sur des situations de santé « réversibles », le dispositif PFIDASS produit un effet préventif en remobilisant les personnes sur la prise en charge de leur capital santé, évitant ainsi une éventuelle aggravation de leur état de santé. Comme l'indique clairement le Professeur Ray, la seconde hypothèse de travail *« semble d'ailleurs logique : on imagine mal des personnes avec une santé très dégradée s'adresser à la PFIDASS, mais plutôt relever d'une prise en charge hospitalière. »*[73]

Partant de ce choix d'évaluer les coûts, pour le CHU, des actes réalisés auprès de patients aux situations de santé les plus dégradées, la CPAM a sollicité le CHU de Nîmes pour élaborer conjointement une méthodologie de travail qui, prenant appui sur les situations de patients suivis par le CHU, porterait sur ces situations qui ont une forte probabilité d'aboutir à l'hôpital.

De l'évaluation des répercussions financières du renoncement aux soins, à l'estimation du coût d'une prise en charge tardive

L'hypothèse de travail retenue a cependant été précisée de façon à pouvoir la mettre en œuvre à partir d'une méthodologie robuste. En effet, l'évaluation des répercussions économiques du renoncement aux soins, toutes pathologies confondues, ne va pas de soi. Cela demande de pouvoir comparer la prise en charge médicale tardive à la prise en charge médicale recommandée. C'est l'idée suggérée au tout début par l'équipe Odenore/Greqam de pouvoir calculer le différentiel de coûts permettant d'estimer les « dépenses évitables » en termes de consommation de soins. Cette hypothèse de travail rencontre toutefois des contraintes. En l'espèce, l'examen méthodologique de cette proposition par le BESPIM du CHU de Nîmes a fait apparaître des contraintes qui ont conduit à affiner le protocole d'évaluation.

En effet, il est difficile sinon impossible aux cliniciens, au contact direct des patients hospitalisés ou en consultation, de définir suffisamment précisément ce qu'aurait pu être « la prise en charge à temps » des besoins de soins, pour la comparer à la prise en charge des situations dégradées, de façon calculer *in fine* un différentiel de coûts. Cette difficulté ne peut pas non plus être contournée par une comparaison avec les consommations de soins observées chez des patients n'ayant pas de retard de prise en charge. Comparer une prise en charge d'un patient présentant un retard manifeste à celle d'un autre patient ayant été pris en charge à temps suppose que l'on puisse identifier l'origine exacte du soin qu'il aurait fallu délivrer à temps. Cela n'est pas possible avec exactitude, d'autant que de manière générale, les cliniciens ne peuvent pas assurer que l'épisode aigu est imputable à un soin non réalisé. De plus, comparer une population renonçant aux soins, *a priori* précaire, à une population se soignant « au juste temps » serait biaisé, puisque les deux populations sont très différentes. Des

[73] Patrice Ray, 2016, « Evaluation du taux de prises en charge tardives toutes pathologies confondues au CHU de Nîmes », CHU de Nîmes.

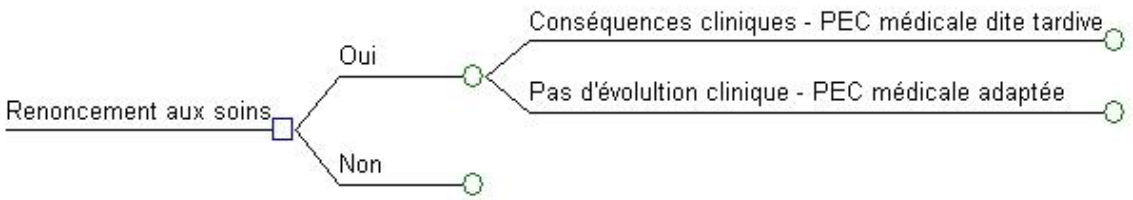
travaux en épidémiologie attestent le fait que la population précaire sera porteuse de plus de pathologies, si bien que l'imputabilité sera d'autant plus difficile à déterminer. Face à ces difficultés, l'idée de comparer une prise en charge avec retard à celle « au juste temps » a été écartée.

Au final, et pour reprendre les mots du Professeur Ray : *« En l'absence du calcul de ce différentiel, il est alors inadapté de parler d'évaluation des répercussions économiques du renoncement aux soins, c'est pourquoi il sera dès lors question dans cette étude de l'estimation du coût d'une prise en charge tardive. »* Dans ce cas, *« L'idée poursuivie consiste à obtenir un premier éclairage descriptif sur le nombre de patients concernés ainsi que la valorisation de leurs prises en charge tardives. L'originalité de cette étude menée en vue d'obtenir une « photographie » du taux de prises en charges tardives aux soins relève de sa nature prospective ainsi que du mode de recueil des données. En effet, la plupart des études publiées en la matière se base sur des enquêtes réalisées auprès de la population générale, à titre déclaratif. Dans le cadre de cette étude nous nous intéressons plus particulièrement aux patients qui présentent un retard de prise en charge effectif, puisque ce sont les cliniciens qui évaluent ce retard. »*[74]

Tout comme la première hypothèse de travail initiale qui parlait de non-recours à des soins (besoins de soins manquants avérés d'un point de vue médical), l'estimation du coût d'une prise en charge tardive qui, au final, devient l'objectif central de l'évaluation menée avec le CHU de Nîmes porte sur le non-recours et non sur le renoncement du fait que le choix arrêté conduit à repérer les patients présentant des signes cliniques clairs permettant au clinicien de qualifier l'état dégradé de santé dudit patient comme provenant d'un report ou d'un renoncement aux soins. Dit autrement, l'étude d'évaluation clinique menée par le CHU de Nîmes dans le cadre de l'évaluation de la PFIDASS cible donc les patients pris en charge tardivement, qui nécessitent une surconsommation de soins du fait de la prise en charge tardive ; c'est dans cette population que les répercussions économiques sont les plus importantes.

La population investiguée par le CHU de Nîmes est donc celle des patients accueillis en hospitalisation ou en ambulatoire, qui présente des signes manifestes médicalement parlant de renoncement/retard de soins, dont les conséquences cliniques rendent compte d'une prise en charge médicale tardive.

Population cible : PEC médicale tardive (source : Patrice Ray, op.cit. 2016, p. 8)



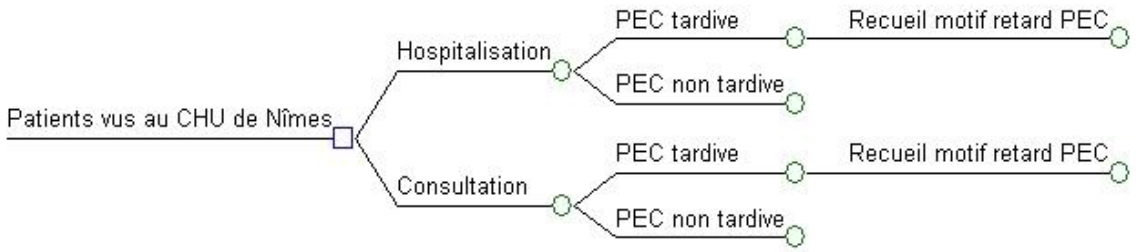
[74] Patrice Ray, 2016, « Evaluation du taux de prises en charge tardives toutes pathologies confondues au CHU de Nîmes », CHU de Nîmes.

Présentation du *design* du protocole de recherche clinique du CHU[75]

L'importante contribution du CHU de Nîmes prend la forme d'un protocole de recherche clinique qui va mobiliser courant 2016 outre le BSEPIM, 31 services sélectionnés en fonction de leur pertinence pour le repérage des patients présentant des signes manifestes d'une prise en charge tardive. Ces services sont des unités de soins continus, des unités de soins intensifs. Ils accueillent des patients en consultation (l'estimation est de 300 consultations sur une demi-journée au CHU de Nîmes) ou pour une hospitalisation de jour ou à la semaine (au total, les services impliqués représentent 773 lits). Une journée de repérage des patients cibles sera programmée par service. Le matin sera consacré au repérage des patients hospitalisés et l'après-midi aux patients vus en consultation. En tout l'étude portera sur près de 1 100 personnes, dont certaines seront donc identifiées en prise en charge tardive.

Les critères d'inclusion constituant la population concernée sont les suivants : Tous les patients se présentant en consultation ou en hospitalisation toutes pathologies confondues seront inclus dans l'étude. Mais les personnes doivent être affiliées ou bénéficiaires d'un régime d'Assurance Maladie, et être âgées d'au moins 16 ans.

Population concernée (source : Patrice Ray, op.cit. 2016, p. 9)



Sans entrer dans le détail du protocole, les principales étapes, soumises aux autorités réglementaires, peuvent être indiquées :

- Pour tous les patients cibles, en hospitalisation ou en consultation, le médecin/interne recueille le motif du retard de prise en charge (information reportée dans un questionnaire n°1).

- Le technicien de recherche clinique impliqué dans le processus de détection applique le score de vulnérabilité à la précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie (Score EPICES) conçu par le CETAF[76], de façon d'établir dans quelle mesure les patients présentant une prise en charge tardive sont dans une situation de précarité et le niveau de celle-ci (questionnaire n° 2).

- Puis le technicien de recherche clinique complète l'information sur le patient à partir du dossier médical en relevant des données sociodémographiques (sans aucune donnée nominative).

- Enfin, suivant un mode de circulation des données protégées et préservant l'anonymat des patients (identification par numéro d'inclusion), la CPAM du Gard pourra compléter l'information notamment

[75] Patrice Ray, 2016, « Evaluation du taux de prises en charge tardives toutes pathologies confondues au CHU de Nîmes », CHU de Nîmes.

[76] Emilie Labbe, Jean-Jacques Moulin, René Gueguen, Catherine Sass, Carine Chatain, Laurent Gerbaud, 2007, « Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES », *Revue de l'IRES*, n° 53, pp. 3-49.

pour établir le coût financier de la prise en charge tardive. Cette dernière étape est particulièrement utile pour estimer les besoins économiques de ce dispositif de prévention.

Outre le protocole de recherche clinique porté par le CHU, un échantillon de patients en prise en charge tardive sera questionné par l'Odenore selon des modalités définies, de façon à recueillir l'avis des personnes sur l'intérêt qu'aurait représenté pour elle la PFIDASS, et ainsi apprécier d'un point de vue qualitatif un potentiel « effet de réversibilité » des situations de renoncement/retard par le dispositif. Cette enquête demande nécessairement d'inclure des questions sur les raisons de la prise en charge tardive, les relations aux professionnels socio-administratifs et de santé, sur leur environnement social.

Annexe 1

Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

FORMULAIRE DE SAISINE DE LA PLATE-FORME D'INTERVENTION DÉPARTEMENTALE POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET LA SANTÉ (PFIDASS)

CPAM DU GARD

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui ne réalisent pas les soins dont elles ont besoin pour différentes raisons.

Le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'intéressé :
1) pour être contacté et accompagné par les agents de la PFIDASS : ☐ *oui* ☐ *non*
2) Pour que la PFIDASS communique au détecteur les informations concernant la réalisation des soins dont il a besoin : ☐ *oui* ☐ *non*

Coordonnées de l'assuré qui accepte d'être recontacté :

Nom : .....

Prénom : .....

NIR : .....

N° de tél : .....

Email : .....

1. MOTIF DE RENCONTRE AVEC LE PARTENAIRE ?

Précisez : .....

2. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

☐ **Retraité** ☐ **Salarié** ☐ **Sans emploi**
☐ *RSA* ☐ *Indemnisé pôle emploi*
☐ *AAH* ☐ *Autre :* .....

En cas de difficultés y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter ? ☐ oui ☐ non

3. QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS

☐ **Consultations chez un médecin généraliste**
☐ **Consultations ou acte chez un spécialiste**
Précisez : .....
☐ **Intervention chirurgicale**
☐ **Séances de kinésithérapie**
☐ **Soins et actes dentaires**
Précisez : .....
☐ **Achats de médicaments**
☐ **Appareillages auditifs**
☐ **Analyses ou examens médicaux**
☐ **Achats de lunettes ou lentilles adaptées**
☐ **Autre, précisez** .....
.....

4. DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?

.....

5. QUELLES EN SONT LES CAUSES ?
UN PROBLÈME:

☐ **d'accès aux droits**
☐ *création de dossier*
☐ *mutation*
☐ *mise à jour des droits*
☐ *problème avec la carte vitale*
☐ *d'accès à une couverture complémentaire : CMU, ACS, autre complémentaire santé*

☐ **de reste à charge**
☐ **d'avance des frais**
☐ **de transport**
☐ **de démarches trop compliquées (non connaissance de praticien, besoin d'accompagnement…)**
☐ **de délais de RV trop longs**
☐ **refus de soins d'un praticien**
☐ **autre, préciser :** .....
.....

SELON L'ASSURÉ, CE RENONCEMENT AUX SOINS ENTRAINE-T-IL DES CONSEQUENCES ?

- sur le maintien à domicile ☐ oui ☐ non
- professionnelles ☐ oui ☐ non

☑ **Informations utiles permettant à la PFIDASS de mieux comprendre la situation de la personne notamment la notion de gravité et d'urgence de la situation** .....
.....
.....

EST CE ?

☐ **un renoncement détecté ou**
☐ **un renoncement exprimé**
.....

QUELLES ACTIONS LE PARTENAIRE-DÉTECTEUR A-T-IL DÉJÀ AMORCÉES ?

précisez : .....

Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra éventuellement être contacté par la PFIDASS pour des précisions :

Nom / Prénom : .....

Structure : .....

E-mail : .....

N° de tél : .....

Document à transmettre à la PFIDASS de la CPAM du Gard
- par email : PFIDASS@cpam-nimes.cnamts.fr

Form-PFIDASS - (Corr. Gard 03-15)

Annexe 2

Guide d'entretien -
« Personnes ayant été accompagnées par la PFIDASS »

L'entretien commence par cette entrée en matière :

- Se présenter et rappeler en quelques mots l'objet de l'entretien.
- Remercier la personne.
- Souligner que les questions sont simples.
- Rappeler que la personne est libre de répondre comme elle l'entend.
- Préciser que l'entretien est enregistré afin de ne pas déformer les propos des personnes.
- Demander l'accord et préciser que l'entretien restera anonyme et confidentiel (pas de transmission à un tiers).

Module 1. DESCRIPTION DU RENONCEMENT PASSE ET/OU PRESENT

Question pour amorcer l'échange : *« Il y a quelques mois, vous aviez indiqué à* [nature détecteur présente dans la base de données] *renoncer à des soins. Pouvez-vous me rappeler à quel(s) type(s) de soins vous renonciez ? »*.

En fonction des informations présentes dans la base de données :

- Chercher à obtenir des précisions sur la durée du/des renoncement(s) et essayer de savoir si le renoncement durait depuis plus longtemps pour certains soins.
- Demander si certains de ces soins en suivaient d'autres (cas d'interruption d'un protocole de soins ou d'une prise en charge) ; si ces soins répondaient à des besoins chroniques : le cas échéant préciser la/les maladie(s) et redemander si la personne est prise en charge par l'Assurance maladie au titre d'une Affection longue durée (ALD) et si oui, depuis combien de temps.
- Demander si cette situation de renoncement était exceptionnelle ou pas : dans l'un ou l'autre cas, demander pourquoi **? En fonction des réponses apportées, faire un lien avec la question suivante :**

« Aujourd'hui, renoncez-vous encore à certains soins ? »

- Si oui, chercher à obtenir des précisions sur nature et la durée du/des renoncement(s).
- Essayer de savoir jusqu'où/quand la personne renoncera (douleur, conséquences sur la santé, aggravation des symptômes, gêne dans la vie quotidienne ou/et dans la vie professionnelle, limitation des relations sociales, …)

Module 2. EXPLICATION DU RENONCEMENT PASSE ET/OU PRESENT

« [Lors de votre passage à l'accueil/RDV au CES/échange avec le service social/à préciser en fonction de la nature du détecteur], *vous aviez dit renoncer à vous soigner à cause de* [raison(s) présentes dans la base de données] ». *C'est bien cela ?*

Si, au module 1, la personne a répondu renoncer aujourd'hui encore à des soins, poser également la question suivante : *« Vous m'avez dit renoncer encore actuellement à un/des soins. Pouvez-vous m'expliquez pourquoi ? »*

Concernant les raisons passées et/ou présentes (parler au passé et/ou au présent le cas échéant) :

- Saisir comment la personne explique la/les raisons apportées (ex : si « reste à charge trop élevé », questionner sur les charges, ressources, reste pour vivre de la personne ; et partant de là sur ses possibilités/choix en termes de dépenses de santé – ex : si « choix personnel de ne pas se faire soigner », questionner sur causes : principes personnels, leurs origines ; méfiance dans la médecine, ses raisons ; représentation des soins raisonnables, leurs explications [identité, civisme, résistance]).

- Pour les explications relatives aux restes à charge, chercher à savoir si la personne connaît « précisément » les RAC (par exemple parce qu'elle dispose de devis) correspondant aux soins auxquels elle renonce ou si elle anticipe la possibilité d'être exposée à des RAC parce qu'elle ne sait pas à quoi lui donne droit sa couverture maladie.

- Quelle(s) que soit(ent) la (les) raisons, chercher à ce que la personne situe ses explications au regard de :
  a) ses conditions de vie,
  b) son environnement social,
  c) sa situation familiale,
  d) ses fragilités diverses (qui par définition produisent « la vulnérabilité »),
  e) ses représentations (qui peuvent se traduire en craintes, censures, replis…).

- Sur tous ces plans, cherchez des éléments biographiques, notamment en termes de « ruptures », de « bifurcations » ou de « chutes » (professionnelles, résidentielles, familiales, …) qui pourraient contribuer à comprendre le renoncement et le rapport à l'offre de soins.

- De manière générale chercher à comprendre si la personne situe ses explications plutôt du côté d'un renoncement « barrière » (le système de soins paraît inaccessible) ou d'un renoncement « par choix » ou « négligence ». Dans le cas d'un renoncement plutôt de type « barrière », demander si la personne a le sentiment que le système de soins est accessible (ou plus accessible) pour d'autres. Si oui, pour qui et pourquoi ?

Module 3. CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT PASSE ET/OU PRESENT

« Ce(s) renoncement(s) ont-ils des conséquences pour vous et vos proches ? » [Adapter la question, concernant l'usage du passé et/ou du présent, en fonction des réponses au module 1 – cela est valable pour l'ensemble de ce module].

Dans tous les cas, il s'agit d'examiner les conséquences du renoncement passé et/ou présent sur :

- L'état de santé,
- Les rôles et relations au sein de la famille,
- Les relations sociales,
- L'état psychique,
- Le travail et la vie professionnelle,
- La qualité de vie,
- Le mode de vie et de consommation,
- Les loisirs,
- Des implications sociales diverses (associatives, syndicales…).

- Chercher en particulier à savoir dans quelle mesure le renoncement passé et/ou présent a des conséquences sur l'état de santé (dégradation, aggravation de certains symptômes). La personne a-t-elle déjà évoqué cela avec quelqu'un de son entourage ? Un professionnel de santé l'a-t-il déjà alertée sur de potentielles conséquences médicales ? Lui a-t-on parlé de l'éventuelle gravité de ces conséquences ? Si oui, qui a abordé ce sujet et à quel moment ? Cela l'inquiète-t-elle ?

- Approfondir aussi le retentissement potentiel du renoncement passé et/ou présent sur la vie professionnelle de la personne, en particulier sur l'accès et le maintien dans l'emploi.

- Rechercher les éventuels effets psychologiques des conséquences du renoncement, en termes de :
  a) perte d'estime de soi,
  b) manque de confiance en soi, en ses capacités,
  c) anxiété/dépression,
  d) peurs, inquiétudes,
  e) moindre projection dans l'avenir.

- Au cours de l'échange, poser si possible les questions suivantes :
  a) Certains disent que lorsque l'on ne peut pas se soigner on devient, d'une certaine manière, « plus vulnérable » ou « plus fragile » : quand pensez-vous ?
  b) Vous-même pensez-vous être « vulnérable » ou « fragile » ? Quelle que soit la réponse : demander pourquoi.

Module 4. L'ACCOMPAGNEMENT PAR LA PFIDASS

« Lorsque [voir détecteur qui a saisi la PFIDASS] *vous a questionné pour savoir si vous renonciez à des soins, comment avez-vous réagi ? »*.

Continuer l'échange à partir des indications suivantes :

- Chercher à comprendre comment la personne a perçu le fait d'être questionnée sur ce sujet et comment elle a ressenti ce questionnement sur le moment, mais aussi après-coup.
- Chercher à savoir si, au moment de la détection, la personne a compris qu'une personne de la CPAM allait la recontacter.
- Chercher plus globalement à saisir ce que la personne a compris, au moment de la détection, concernant ce qui pouvait découler du questionnement relatif à son renoncement.
- Chercher à comprendre comment les choses se sont passées par la suite, en laissant au maximum la personne raconter les contacts et échanges qu'elle a eus avec les professionnels de la PFIDASS.
- Chercher à comprendre comment la personne a vécu la prise en charge par la plateforme, si, à certains moments, elle s'est sentie découragée, si elle a eu l'idée de mettre un terme à cet accompagnement [sur tous ces points, chercher à comprendre pourquoi], ce qui l'a motivée à continuer.
- Chercher à comprendre ce que cette prise en charge à apporter à la personne (en termes de droits, de soins, d'information, de compréhension, de guidance, de confiance dans l'assurance maladie, de confiance en soi, d'estime de soi, d'écoute, de reconnaissance, d'honneur, …). Laisser au maximum la personne parler pour saisir comment elle qualifie l'action de la PFIDASS et ses apports. Quels mots emploie-t-elle pour qualifier cette prise en charge ?
- Chercher à déterminer si, et dans quelle mesure, la prise en charge a modifié le rapport de la personne à ses besoins de soins et à sa santé, à l'Assurance maladie, aux professionnels de santé. Le cas échéant, la modification semble-t-elle durable ?
- Chercher à savoir si la personne se sent désormais plus autonome concernant son accès aux droits maladie ; aux soins. Quelles que soient les réponses, essayer de comprendre pourquoi.
- Essayer de savoir si la personne aurait souhaité bénéficier d'autres actions de la part de la PFIDASS et si celle-ci aurait pu l'aider d'une autre manière. Si oui, comment ?
- Chercher à savoir si, avant la prise en charge par la PFIDASS, la personne avait déjà parlé de cette situation de renoncement à quelqu'un. Si oui, à qui (professionnel de santé, agents administratifs, travailleurs sociaux, famille, amis,…) et si ces personnes lui avaient soumis des solutions pour l'aider à accéder aux soins. Si oui, lesquelles ?
- Chercher à savoir si la personne connaissait, avant la prise en charge par la PFIDASS, l'existence de prestations de secours pour financer tout ou partie de ses soins.

Continuer l'échange relatif « aux solutions » avec la question suivante : *« Avant d'être accompagné par la PFIDASS ou en parallèle de cet accompagnement, aviez-vous ou avez-vous fait quelque chose pour sortir du renoncement ou pour éviter que cette situation ne se reproduise ? ».*

- Si oui, demander :
  a) Quelles réactions/actions, à quel moment ?
  b) Les raisons de ces actions ; essayer en particulier de savoir si la personne a agi par crainte des éventuelles conséquences médicales, familiales, sociales ou/et professionnelles évoquées précédemment.
  c) La nature des actions : la personne a-t-elle cherché/trouvé des soutiens ? Si oui, de qui (services sociaux, administrations, services de santé, famille, amis, …), de quelle nature (administratif, financier, moral, pratique, …), avec quel coût pour la personne ? Ces soutiens sont-ils ponctuels ou pérennes ?

- Si oui ou non, mais renoncement pour raison financière, demander si la personne :
  a) sollicite généralement des aides financières pour se soigner : si oui, auprès de qui (services sociaux, CPAM, mutuelles, organismes complémentaires, proches, …), à quelle fréquence, pour quel(s) soin(s), avec quel(s) résultat(s) (demande acceptée/refusée, obtention d'une aide financière) et quelle(s) conséquence(s) en matière de recours aux soins (réalisation partielle/totale des soins), … ?,
  b) emprunte de l'argent pour se faire soigner : à qui, régulièrement ?,
  c) demande des facilités de paiement aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens…), le tiers payant (notamment intégral),
  d) négocient les tarifs avec les professionnels de santé notamment lorsque ceux-ci pratiquent des dépassements d'honoraires,
  e) rappelle aux professionnels de santé leurs obligations quand ils ne les respectent pas (par exemple, si la personne bénéficie de la CMU C et que le professionnel lui demande quand même de faire l'avance de frais ou lui demande des dépassements),
  f) a déjà essayé de modifier sa protection maladie (en particulier complémentaire) pour être mieux remboursée,
  g) si non à a), b), c), d), e), f) : pourquoi ?

- [En fonction des réponses au module 1], chercher à savoir si la personne estime être sortie, ou pouvoir sortir, durablement de cette situation de renoncement : pour quelles raisons ?

- Si aucune réaction/action, chercher à comprendre :
  a) pourquoi,
  b) si le renoncement paraît insurmontable à la personne,
  c) si la personne se sent encore légitime à demander des soins,
  d) ce qui pourrait débloquer cette situation.

- Finir l'échange en demandant à la personne si les organismes sociaux (CPAM, mutuelles, organismes complémentaires, …), les services et les professionnels de santé pourraient faire autre chose dans la limitation ou la prévention du renoncement. Si oui, quoi ?

Module 5. RELATION AU MEDECIN TRAITANT

« Nous allons maintenant parler de vos relations avec votre médecin traitant (MT) ». [Adapter le questionnement en fonction des informations présentes dans la base de données concernant le MT : présence/absence avant accompagnement – déclaration MT faite durant

l'accompagnement].

- Si la personne n'avait pas de MT avant l'accompagnement (ou si elle n'en a toujours pas) : chercher à comprendre pourquoi : est-ce que la personne sait ce qu'est un médecin traitant ? Est-elle informée sur le « dispositif » du MT ? Sait-elle comment le déclarer ? En a-t-elle déjà eu un ? [adapter le temps des questions en fonction de la situation].

- Lorsque la personne a un MT : chercher à caractériser la relation que la personne entretient avec ce médecin (Est-ce son médecin de longue date ? Parle-t-elle de « médecin de famille » ? Le MT a-t-il connaissance de tous les problèmes de santé que la personne a déjà rencontrés ? L'a-t-il pris (ou la prend-il) en charge pour une maladie grave/chronique ?…).

- Demander à la personne de parler de ses relations avec son MT pour savoir si elle a ou non la possibilité :
  a) de faire part au MT de tous ses soucis de santé et besoins de soins,
  b) d'être écoutée par son MT sur d'autres plans, pour d'autres difficultés : si oui, lesquelles ?,
  c) d'être encouragée dans son parcours de soins et dans l'observance de ses traitements (surtout si maladie chronique/grave),
  d) d'être orientée et guidée dans son parcours de soins,
  e) d'être informée sur les prescriptions faites et sur les conditions de leur prise en charge financière,
  f) d'être informée sur les conséquences éventuelles de la « non observance » des prescriptions (soins spécialisés, analyses, traitements médicamenteux…).

- Demander s'il arrive à la personne :
  a) de ne pas honorer des rendez-vous : pourquoi, que dit le MT ?,
  b) de ne pas suivre les prescriptions médicales : pourquoi, que dit le MT ?,
  c) de souhaiter que son MT soit plus directif : dans quel cas, pourquoi ?
  d) de souhaiter que son MT l'informe davantage sur les prescriptions faites, sur le parcours de soins et ses étapes, sur les conditions de prise en charge financière des soins…
  e) de considérer que son MT lui propose trop de soins (« induction de la demande ») : la personne a-t-elle des exemples précis, comment réagit-elle dans ce cas ?
  f) d'écouter davantage ses proches, des messages à la TV ou à la radio, …, que son MT pour décider de se soigner ou pas : si oui, dans quel cas et pourquoi ?

- Si la déclaration du MT est récente, essayer de savoir comment la personne a choisi son MT, si elle l'a déjà rencontré à plusieurs reprises, si le fait d'avoir un MT peut à son avis changer quelque chose par rapport aux soins dont elle a, ou pourrait avoir à l'avenir, besoin.

Module 6. BESOINS DE SOINS, RAPPORT AUX SOIGNANTS ET A LA SANTE

« De manière générale, comment réagissez-vous quand vous avez besoin de soins ? ».

- Chercher à obtenir des informations pour comprendre le rapport général de la personne à ses besoins de soins :
  a) Chercher à savoir comment la personne réagit lorsqu'elle ressent un besoin de soins. A-t-elle d'emblée l'impression que personne ne pourra y répondre ? Cherche-t-elle à contacter un service ou un professionnel de santé ? Demande-t-elle conseil à son entourage ?, …
  b) Demander si la personne a globalement le sentiment que ses besoins de soins peuvent être pris en charge par les services et professionnels de santé ; si non, chercher à comprendre pourquoi.
  c) Demander si la personne pense que les soins auxquels elle renonce encore [en fonction de la réponse aux questions du module 1] pourraient prochainement être pris en charge. Si oui, essayer de comprendre ce qui pourrait changer et enclencher le recours.
  d) Demander s'il y a des soins auxquels la personne ne renonce jamais : si oui, lesquels, pourquoi ? Essayer de comprendre ce qui amène la personne à demander ces soins. Est-ce parce que la personne connaît bien le professionnel de santé qui les dispense ? Parce que la personne a confiance en ce professionnel ? Parce ce que pour ces soins elle sait précisément où s'adresser ? Parce qu'elle sait que pour ces soins elle n'aura pas de reste à charge ? Parce que ces soins lui paraissent être plus urgents ?, …
  e) Demander si la personne a l'impression d'avoir toujours été (plus ou moins) en situation de renoncement aux soins,
  f) En fonction de la situation concernant le renoncement d'autres membres de la famille [vérifier cela dans la base de données ou chercher à avoir des informations sur ce point s'il n'y en a pas dans la base], essayer d'avoir des précisions sur la situation par rapport aux soins au sein de la famille.

- Chercher à caractériser les représentations et comportements de la personne par rapport:
  a) aux professionnels de santé/soignants/à la médecine en général : Quel niveau de confiance ? Comment la personne l'explique ? La personne considère-t-elle que les soignants ont globalement, par le passé, su entendre ses demandes de soins ? Répondre à ses besoins de soins ? Essayer de savoir si des expériences passées, potentiellement difficiles ou conflictuelles, avec des professionnels de santé pourraient participer à expliquer le renoncement passé et/ou actuel aux soins. Si la personne est, ou a été, bénéficiaire de la CMU C, a-t-elle été victime de refus de soins de la part de certains professionnels de santé ? Si oui, comment a-t-elle vécu cela ? A-t-elle dans la foulée renoncé aux soins en question ou a-t-elle adressé sa demande à un autre professionnel ?
  b) à sa santé en général : est-ce une préoccupation principale, secondaire ? Une priorité ? Une obligation ?, … ; chercher à situer les réponses par rapport : à l'éducation, aux comportements familiaux en la matière, aux modes de vie et de consommation, aux représentations de ses responsabilités (notamment vis-à-vis d'autrui, par exemple des enfants, …). Questionner au passage sur le rapport de la personne à la vaccination, au dépistage et aux soins préventifs en général.

- Chercher par ailleurs à savoir si :
  a) La personne estime d'une façon générale bénéficier des aides auxquelles elle peut avoir droit,
  b) Elle ressent des difficultés à exprimer ses demandes auprès des administrations et services publics,
  c) Elle se sent légitime à demander des aides,

d) Les demandes d'aides aux administrations (Allocations familiales, mairie, préfecture, etc.) lui paraissent plutôt faciles ou difficiles : pourquoi ?
e) La personne estime qu'avec la CPAM/CARSAT/MSA/RSI … (selon le service à l'origine du questionnaire) les relations sont plus simples ou compliquées qu'avec d'autres administrations : pourquoi ?

Module 7. NIVEAU DE PRECARITE

« Nous arrivons quasiment au bout de notre entretien, je vais vous poser quelques questions pour finir. Pouvez-vous, SVP, y répondre par Oui ou Non ? ».

Passer ces questions du score EPICES :

a) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? *Oui/non*
b) Etes-vous propriétaire de votre logement ? *Oui/non*
c) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? *Oui/non*
d) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des douze derniers mois ? *Oui/non*
e) Etes-vous allé au spectacle au cours des douze derniers mois ? *Oui/non*
f) Etes-vous parti en vacances au cours des douze derniers mois ? *Oui/non*
g) Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille, autres que vos parents ou vos enfants ? *Oui/non*
h) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? *Oui/non*
i) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? *Oui/non*

- Si cela n'a pas été indiqué au cours de l'entretien, et si cela n'apparaît pas dans la base de données, demander ces dernières précisions :
  a) Le niveau de ressources mensuelles. En € ;
  b) Le niveau du reste pour vivre mensuel (manger, s'habiller, sortir…) une fois toutes les charges « fixes » payées (loyer, énergie, assurances, remboursements, impôts …). En €.
  c) Quel est votre métier ? Exercez-vous cette profession depuis longtemps ?
  d) Avez-vous des enfants ?
  e) Depuis combien de temps êtes-vous installé dans la région ? Dans le département ?
  f) Avez-vous des problèmes en ce moment ? (Demander de préciser s'il s'agit de problèmes familiaux, professionnels, financiers, d'ordre personnel, ...)
  g) Avez-vous confiance dans vos possibilités pour les résoudre ?
  h) Pensez-vous que les choses vont s'améliorer : pourquoi, comment ?

REMERCIEMENTS