



**Les Plateformes d'intervention départementale  
pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS).  
*Une évaluation au prisme de leurs bénéficiaires  
et des acteurs qui les mettent en œuvre.***

Rapport de l'accompagnement scientifique effectué par l'ODENORE  
de l'expérimentation nationale PFIDASS de l'Assurance Maladie.

- RAPPORT FINAL -

Auteur : H. Revil

Chercheure à l'ODENORE/PACTE/CNRS, Université Grenoble-Alpes.

Accompagnement réalisé en collaboration avec C. Chauveaud, A. Rode et P. Warin  
Respectivement chargée d'études, chargé de recherches et directeur de recherches à  
l'ODENORE/PACTE/CNRS, Université Grenoble-Alpes.

Avec l'appui d'A.M- Revil.

Mars 2017



## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>p.5</b>
---------------------	------------

### **PARTIE 1. LES EFFETS, POUR LES ASSURES, DU PASSAGE PAR LES PFIDASS** **P. 6**

1.1. La majorité des assurés interrogés se souvient d'avoir été prise en charge par l'Assurance Maladie ; il existe toutefois des différences entre les CPAM	p.10
1.2. Des renoncements qui s'ancrent dans le temps et qui ont des conséquences : deux justifications à la raison d'être des PFIDASS	p.11
1.3. Un dispositif qui répond à un besoin, des accompagnants qui inspirent confiance et qui expliquent clairement ce que les personnes peuvent attendre du service proposé : trois raisons principales de s'engager dans l'accompagnement	p.14
1.4. Des assurés plutôt satisfaits d'avoir été accompagnés par les PFIDASS, quelques « déçus » du résultat de leur accompagnement et/ou de certains points de celui-ci	p.17
1.5. Des assurés qui ont, pour beaucoup, réalisé leurs soins - des différences entre les caisses sur ce point - et qui sont soulagés d'avoir pu se soigner	p.22
1.6. D'autres effets pour une partie des assurés - dont la proportion est variable d'une caisse à l'autre : l'accroissement du sentiment de sécurité par rapport à la maladie et/ou d'inclusion sanitaire et sociale	p.25
1.7. Des assurés qui, pour un tiers d'entre eux, restent inquiets par rapport à l'accessibilité des soins, à l'avenir	p.28
<b>Pour conclure</b>	<b>p.32</b>

### **PARTIE II. DESCRIPTION ANALYTIQUE DES PFIDASS - ZOOM SUR UN PANEL DE CAISSES** **P.36**

2.1. Le fonctionnement général, les configurations d'action et le recrutement des équipes	p.37
2.2. L'accompagnement PFIDASS et la formation des accompagnants	p.41
2.3. La détection du renoncement aux soins par les agents d'accueil des CPAM	p.51
2.4. Les relations des PFIDASS avec leurs principaux partenaires internes	p.57
2.5. Les relations des PFIDASS avec les acteurs de leur environnement	p.72
2.6. Les instances d'échanges collectifs, stratégiques et opérationnelles	p.85

<b>PARTIE III CONCLUSIVE. LES PFIDASS : DES POINTS DE FORCE, DES ZONES DE FRAGILITE, DES CHANTIERS EN COURS</b>	<b>P.89</b>
---	-------------

3.1. Des raisons de s'engager dans l'expérimentation PFIDASS qui, globalement, se recoupent d'une caisse à l'autre p.89

3.2. Une homogénéité dans l'organisation structurelle, une latitude d'action dans l'organisation des moyens de production et les périmètres d'intervention p.90

3.3. Des accompagnements PFIDASS qui partout se ressemblent, mais une amplitude et des moyens d'intervention qui pourraient encore être homogénéisés p.90

3.4. Des convergences fortes quant aux qualités attendues des accompagnants, des réponses à inventer pour déployer et/ou gérer les ressources humaines des PFIDASS p.92

3.5. La nécessité de conforter encore la régularité des détections, en particulier dans certaines caisses, et d'ancrer davantage cette mission dans les pratiques des différents professionnels p.93

3.6. Continuer à faire des PFIDASS des dispositifs intégrés au sein de l'Assurance Maladie : le croisement des expertises comme facteur majeur d'efficacité p.94

3.7. Vers une intégration encore plus forte des PFIDASS dans leur environnement sanitaire et social : construire une captation la plus large possible des difficultés d'accès aux soins pour rendre accessibles les PFIDASS à tous ceux qui en ont besoin p.96

3.8. Quand la diversité des publics captés par les PFIDASS induit des zones de fragilité : imaginer, progressivement et collectivement, des manières de répondre à certaines situations et/ou à certains publics p.99

**Pour conclure** **p. 100**

**Annexe 1. Genre et âge des personnes dont la situation a fait l'objet d'une saisine des PFIDASS** **p. 102**

## Introduction

---

Ce rapport s'inscrit dans la continuité du travail réalisé par l'Odenore avec l'Assurance Maladie, depuis environ 4 ans. Les travaux conduits jusque-là, initialement dans le Gard, puis dans les autres départements du Languedoc-Roussillon et, enfin, dans les 21 territoires expérimentateurs du dispositif PFIDASS, ont permis d'accumuler de la connaissance, quantitative et qualitative, sur les difficultés d'accès aux soins, d'en pointer les dimensions principales - celles qui se retrouvent dans tous les territoires jusque-là pris en compte -, mais aussi certaines spécificités territoriales - concernant en particulier les types et les causes du renoncement aux soins.

Les diagnostics successifs réalisés grâce au Baromètre du renoncement aux soins (BRS) ont, en outre, permis de révéler l'intensité du renoncement pour une partie importante des personnes concernées par le phénomène et les multiples conséquences, pour elles et de leur point de vue, de cette situation<sup>1</sup>. Le travail effectué conjointement par l'Assurance Maladie et l'Odenore à partir du BRS a, en l'occurrence, amené la constitution de la plus grande base de données française sur le renoncement aux soins.

Les travaux menés plus spécifiquement sur les Plateformes d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) ont, quant à eux, aidé à renouveler la connaissance sociologique des organismes d'Assurance Maladie et à renforcer la compréhension du travail réalisé quotidiennement par leurs agents. Porter le regard sur les PFIDASS a parallèlement donné la possibilité à l'Odenore de saisir, de l'intérieur, les transformations professionnelles, organisationnelles et institutionnelles, en cours au sein de cette branche de la Sécurité sociale. Au travers de l'accompagnement scientifique de la mise en œuvre des PFIDASS, ce sont bien les « mouvements » de l'Assurance Maladie pour capter de manière innovante les besoins de ses assurés sociaux et pour continuer à les protéger au mieux contre le risque de la maladie que l'équipe de recherche candidate est en position d'observer.

Le présent rapport propose une évaluation de l'expérimentation nationale PFIDASS menée, depuis le début de l'année 2016, dans 21 CPAM. A la date du 31 décembre 2016<sup>2</sup>, 60,2% des 5542 situations qui ont fait l'objet d'une saisine des PFIDASS concernent des femmes et 39,8% des hommes. 42,3% des personnes dont la situation a fait l'objet d'une saisine ont entre 40 et 59 ans. 28,5% ont plus de 60 ans et 19,4% ont entre 25 et 39 ans (Annexe 1). S'agissant de leur situation familiale : 45,1% des saisines concernent des personnes qui vivent seules, 16,9% des couples avec enfants, 15,3% des personnes seules avec enfants et 14,4% des couples sans enfants<sup>3</sup>. Enfin, si l'on regarde la situation professionnelle des personnes dont la situation a fait l'objet d'une saisine, on constate que 50,1% d'entre elles sont sans emploi ; 24,5% sont au contraire en emploi, 23,3% sont retraitées et 2,1% sont scolarisées.

Nous pouvons en outre souligner que 34% des personnes dont la situation a fait l'objet d'une saisine des PFIDASS n'avaient pas de complémentaire (au moment où elles ont été détectées en renoncement)<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Warin P., en collaboration avec C. Chauveaud, « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) », Odenore, rapport pour la CPAM du Gard, septembre 2014. Revil H. et P. Warin, « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime Général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité sociale agricole », Odenore, rapport pour les organismes d'Assurance Maladie obligatoire du Languedoc-Roussillon, mars 2016. Revil H., en collaboration avec A. Casagrande et C. Chauveaud, « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux de 18 Caisses primaires d'assurance maladie », Odenore, rapport pour le régime général de l'Assurance Maladie, juin 2016.

<sup>2</sup> Chiffres issus de l'analyse des 21 bases de données OGEDAS arrêtées au 31 décembre 2016.

<sup>3</sup> Nous ne citons ici que les principaux taux.

<sup>4</sup> Chiffre issus de l'analyse des 21 bases de données OGEDAS arrêtées au 31 décembre 2016.

Au travers de la première partie de ce rapport, il s'agira d'appréhender les effets du passage par les PFIDASS pour les assurés accompagnés. Nous verrons dans quelle mesure les résultats obtenus au travers des entretiens conduits auprès de 151 assurés accompagnés par les CPAM expérimentatrices convergent - ou non - avec ceux mis en exergue au travers de précédents travaux. Nous pointerons aussi les principales différences entre les 21 CPAM.

Dans la seconde partie, nous procéderons à une description analytique des PFIDASS, en nous appuyant sur une enquête effectuée sur un panel de 8 caisses. Trente entretiens individuels et/ou collectifs ont été menés, par téléphone, auprès d'acteurs des PFIDASS sélectionnées pour constituer le panel. Notre objectif n'est pas de zoomer sur l'une ou l'autre des plateformes. Nous souhaitons plutôt, en nous intéressant à un échantillon de dispositifs, montrer ce sur quoi ils se rejoignent concernant leur configuration générale, l'accompagnement proposé, les partenariats internes et externes, les instances d'échanges collectives, stratégiques et opérationnelles, tout en pointant les principales différences. Il nous paraît, en outre, intéressant de porter le regard sur des points d'originalité.

Nous terminerons par une partie conclusive qui prendra la forme d'un commentaire analytique et aura vocation à mettre en lumière les points de force, les zones de fragilité et les chantiers en cours concernant les PFIDASS. Là encore, il ne s'agira pas de se concentrer sur une caisse ou sur une autre ; l'évaluation conduite par l'Odenore porte bien sur l'expérimentation dans son ensemble et entend, par conséquent, discuter des PFIDASS, et de leurs résultats, de manière générale.

Tout au long de ce rapport, nous laisserons une place importante à la parole des bénéficiaires des PFIDASS et aux professionnels qui, au quotidien, les font vivre. Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui ont accepté de nous accorder un entretien. Les verbatim présents dans ce rapport ont été choisis parce qu'ils sont particulièrement significatifs et/ou représentatifs du point de vue des personnes accompagnées ou des parties prenantes des PFIDASS.

Les entretiens avec les assurés ont été conduits entre le milieu du mois de novembre 2016 et la fin du mois de janvier 2017. Les entretiens avec les acteurs des caisses ont quant à eux été réalisés au cours du mois de janvier 2017. Il est donc possible que des points aient évolué depuis et/ou ne soient plus tout à fait conformes à la « réalité » du fonctionnement et/ou du niveau de déploiement actuels des PFIDASS. Celles-ci sont, en effet, toujours dans une phase de construction.

L'équipe de l'ODENORE.

## **PARTIE I.**

### **LES EFFETS, POUR LES ASSURES, DU PASSAGE PAR LES PFIDASS**

Cette partie du rapport présente les résultats des entretiens téléphoniques conduits auprès d'assurés accompagnés par les 21 CPAM participant à l'expérimentation nationale PFIDASS. Dans la continuité d'enquêtes menées dans le Gard, en 2015 et 2016, il s'est agi, au travers de cette étape de l'accompagnement scientifique de l'expérimentation nationale PFIDASS, d'appréhender les effets du passage par les PFIDASS pour les assurés accompagnés.

#### **Eléments de contexte**

---

Pour rappel, l'évaluation initiale de la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) du Gard, conduite en 2015 auprès de 50 assurés accompagnés<sup>5</sup>, avait souligné les effets multiples de la plateforme pour beaucoup d'entre eux : réalisation des soins, soulagement physique et/ou moral, stimulation pour avancer dans leur parcours de vie, perspectives professionnelles et/ou sociales renforcées... Cette étude avait également pointé le fait, qu'en amont de la réalisation des soins, l'accompagnement par les agents de la PFIDASS pouvait apporter aux personnes des « gains intermédiaires » : mise à jour de leur protection maladie, ouverture d'un droit à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) ou à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), adaptation de leur contrat complémentaire... Elle avait, en l'occurrence, indiqué le caractère essentiel de ces gains intermédiaires pour consolider l'accès aux soins des personnes accompagnées (et/ou des membres de leur famille) sur le moyen terme.

Plusieurs des personnes interrogées, en face à face, dans le cadre de l'évaluation initiale avaient en parallèle insisté sur le fait que l'accompagnement par la PFIDASS leur avait permis de découvrir certaines des aides que les CPAM délivrent et leur éligibilité à celles-ci, de mieux comprendre leurs droits « maladie » et la manière dont elles pouvaient les utiliser quotidiennement pour mettre en place les soins dont elles avaient, ou pouvaient, avoir besoin. Il était enfin ressorti de l'évaluation initiale de la plateforme que les représentations d'une partie des personnes accompagnées concernant l'Assurance Maladie et le service rendu par celle-ci avaient évolué suite à leur passage par la PFIDASS. Beaucoup disaient en l'occurrence avoir pris conscience que la CPAM pouvait être un interlocuteur utile pour faire face aux difficultés d'accès aux soins.

A côté des effets positifs et immédiats du passage par la plateforme pour les assurés, l'évaluation initiale avait noté des points d'incertitude : quid de l'accès aux soins sur le long terme des personnes accompagnées, alors que la PFIDASS ne peut agir sur les conditions de vie ? Après leur passage par la plateforme, les personnes se sentaient-elles capables de se débrouiller seules pour accéder à leurs droits et aux soins ? Tous les obstacles auxquels les personnes se confrontaient avaient-ils pu être « levés » par l'accompagnement PFIDASS ?

Ces résultats ont globalement été confirmés par la seconde enquête conduite en 2016, cette fois-ci par téléphone, auprès d'un nouvel échantillon d'assurés accompagnés par la CPAM du Gard<sup>6</sup>. Ils

---

<sup>5</sup> Revil H. en collaboration avec P. Warin, « 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 de recherche, Grenoble : Odenore, 2016.

<sup>6</sup> Blanchet N. et H. Revil, « Evaluation en continu de la PFIDASS du Gard », Odenore, rapport pour la CPAM du Gard, octobre 2016.

avaient, en outre, été complétés par des informations concernant des assurés pour lesquels l'accompagnement PFIDASS avait été clos pour un autre motif que celui de la réalisation des soins. Dans la seconde évaluation réalisée dans le Gard, un groupe contrôle avait ainsi été constitué de 10 personnes ayant « abandonné » l'accompagnement, l'ayant refusé, ou pour lesquelles le besoin de soins déclaré initialement comme insatisfait n'était plus présent au moment de l'accompagnement ; il s'était agi, à travers des entretiens téléphoniques auprès de ces personnes, de sonder l'évolution de situations de renoncement aux soins lorsqu'il n'y avait pas/plus d'accompagnement par la PFIDASS, de voir comment les personnes avaient fait face - ou non - à leurs difficultés d'accès aux soins, de déterminer les interlocuteurs autres que la CPAM qu'elles ont éventuellement sollicités, etc. Nous avons parallèlement cherché à comprendre ce qui avait pu « motiver » le refus d'accompagnement ou induire un « abandon ».

Ces entretiens réalisés auprès d'assurés ayant des parcours « inaboutis » avaient, permis de voir que certains abandonnent leurs démarches parce que les multiples problèmes auxquels ils doivent faire face les empêchent d'être disponibles, matériellement et « dans leur tête », pour s'impliquer dans l'accompagnement. Quelques assurés n'avaient plus donné suite à l'accompagnement parce qu'ils ne s'étaient pas sentis écoutés ou reconnus dans leur besoin d'aide (alors même que ce sont là des éléments largement plébiscités par les autres assurés). D'autres s'étaient découragés face à des démarches qui paraissaient complexes, pour un résultat qu'ils jugeaient incertain ou ne présentant pas suffisamment d'intérêt pour eux. Enfin, il faut souligner le fait que la décision de clore l'accompagnement ne faisait pas sens pour tous. Pour deux des personnes qui avaient été interrogées, il semblait ainsi que ce soient des éléments purement contingents qui aient provoqué une « rupture de contact ».

### **Objectifs de la présente enquête**

---

Dans la présente évaluation, le choix a été fait de concentrer l'attention sur des personnes pour lesquelles l'accompagnement a été finalisé, avec réalisation des soins (en s'appuyant sur les informations codées dans OGEDAS). A côté de ce critère principal de recrutement, il a semblé pertinent de veiller à varier les soins renoncés (l'idée étant, comme cela avait été fait dans les précédentes enquêtes, de ne pas interroger uniquement des personnes accompagnées pour un renoncement à des soins dentaires).

Ce choix de réaliser des entretiens uniquement auprès d'assurés pour lesquels l'accompagnement a été finalisé a été justifié par la nécessité de voir si, et dans quelle mesure, les principaux effets de l'accompagnement PFIDASS, relevés au travers des travaux concernant une CPAM (celle du Gard), se retrouvent pour les 21 autres. A l'heure où le dispositif PFIDASS tend à être étendu à de nouvelles caisses, il a en effet semblé essentiel de mettre en exergue le degré d'homogénéité des effets des PFIDASS pour les assurés - une forte homogénéité pouvant donner une indication importante concernant la similarité du service rendu d'une PFIDASS à l'autre, en différent point du territoire.

### **Indications méthodologiques**

---

L'objectif de l'équipe Odenore était de réaliser, pour chacune des 21 CPAM, 8 entretiens, au total donc 168 entretiens. Nous avons souligné, il y a quelques mois, que dans le cadre d'enquêtes téléphoniques de ce type, environ 1 personne sur 3 accepte de répondre aux questions de l'enquêteur. Sur les 168 entretiens prévus, 151 ont finalement pu être conduits. Pour toutes les caisses, les corpus contiennent 8 entretiens, excepté ceux des CPAM de l'Allier, de l'Hérault, des Landes, de la Savoie et de l'Oise.

Plusieurs facteurs expliquent le fait qu'il n'a pas été possible de conduire la totalité des entretiens prévus. Pour un nombre non négligeable d'assurés, les numéros de téléphone qui nous avaient été fournis n'étaient plus attribués lorsque nous avons essayé de les joindre. Cela peut être un signe de l'instabilité de certaines situations et de l'impossibilité des personnes de payer un forfait téléphonique ou des cartes sur une longue période. Nous n'avons, en parallèle, pas réussi à joindre une partie des personnes dont les noms nous avaient été fournis. Au bout de 3 messages, nous avons décidé de ne pas renouveler nos appels.

Il est important de noter que la très grande majorité des personnes que nous avons réussi à joindre a accepté immédiatement de nous répondre et avait envie de nous parler de son expérience concernant les PFIDASS. Ceci est déjà un indice intéressant de la réception globalement positive du dispositif par les personnes qui en ont été les bénéficiaires.

Cette partie du rapport présente les principaux effets du passage par les PFIDASS s'agissant des personnes qui se souviennent d'avoir bénéficié d'un accompagnement, ou tout du moins, d'avoir été en contact avec les CPAM au cours des derniers mois. Elle donne également des indications concernant la satisfaction des assurés d'avoir été pris en charge dans le cadre des dispositifs. Afin de donner de la chair à notre propos et parce que leurs mots sont souvent extrêmement justes, une place sera laissée, tout au long de cette partie, à la parole des assurés.

*« Cette dame (de la PFIDASS) nous a apporté aussi de l'espoir, le fait qu'on pouvait enfin penser à se soigner ».*  
F, 53 ans, en couple, au chômage.

### 1.1. La majorité des assurés interrogés se souvient d'avoir été prise en charge par l'Assurance Maladie ; il existe toutefois des différences entre les CPAM

**126 personnes sur les 151 interrogées (83,4%) se souviennent avoir été récemment en contact avec l'Assurance Maladie par rapport à des difficultés d'accès aux soins** ; la plupart de ces personnes a en outre le sentiment d'avoir bénéficié d'un accompagnement de la part de la CPAM. Quelques-unes n'ont, en revanche, pas l'impression d'avoir fait l'objet d'un accompagnement, mais reconnaissent avoir eu, dans les mois qui viennent de s'écouler, des contacts ponctuels avec leur CPAM.

**24 des 151 personnes avec lesquelles nous avons échangé (15,9%) n'ont pas le souvenir de contacts récents avec l'Assurance Maladie, ni d'un accompagnement par rapport à des difficultés d'accès aux soins<sup>7</sup>.**

**Si la plupart des personnes interrogées se souvient d'avoir été accompagnée par une PFIDASS, une personne sur six n'en a en revanche pas conscience** Cette absence de souvenir est diffuse et touche 16 des 21 CPAM. Pour chaque caisse, entre 1 et 4 personnes contactées pour un entretien ont répondu ne pas se souvenir d'avoir été prises en charge par les PFIDASS et/ou ne pas avoir le sentiment d'avoir été accompagnées (1 : Allier, Bouches du Rhône ; Drôme ; Flandres ; Haute-Garonne ; Landes ; Manche ; Oise ; Puy de Dôme ; Pyrénées Orientales Savoie - 2 : Hainaut ; Meurthe et Moselle ; Moselle - 3 : Lot – 4 : Val d'Oise).

S'agissant de ces situations, en creusant quelque peu, nous remarquons en fait, pour les 16 caisses, plusieurs cas de figure :

- Des assurés qui ne se souviennent absolument pas d'avoir été en contact, récemment ou il y a quelques mois, avec leur CPAM. Il est important de dire que certaines listes fournies par les caisses étaient constituées de noms de personnes qui avaient toutes été repérées au travers du diagnostic et prises en charge dans la foulée (avant l'été 2016 ou au cours de celui-ci). On ne peut donc minimiser les effets de mémoire. Ce cas de figure d'une absence totale de souvenir de contacts avec les CPAM n'est toutefois pas majoritaire ;
- Des assurés qui se souviennent d'avoir eu des échanges avec des agents de l'Assurance maladie, qui ont, pour certains, réalisé récemment des soins auxquels ils renonçaient, mais qui ne pensent pas avoir été accompagnés et qui ne font aucun lien, le cas échéant, entre la levée de leurs difficultés d'accès aux soins et les échanges qu'ils ont eus avec leur CPAM. Pourtant, lorsqu'ils nous expliquent leur situation, on se rend compte qu'ils sont certainement « passés » par les dispositifs PFIDASS, mais sans en avoir conscience. Cela concerne notamment des personnes pour lesquelles les difficultés d'accès aux soins ont été levées très rapidement, suite à un contact unique avec l'Assurance Maladie ;
- Des assurés qui se souviennent (finalement) d'avoir eu des échanges avec des agents de la CPAM, mais qui ne souhaitent pas en parler (une personne qui dit par exemple avoir eu quelques contacts avec un agent de la CPAM mais s'être découragée, en découvrant les multiples démarches à réaliser et les dossiers à constituer) ;
- Des assurés qui disent ne pas avoir été en difficulté, récemment ou il y a quelques mois, par rapport à leurs soins. En creusant un peu, on remarque que la plupart de ces personnes a effectivement rencontré un « problème » avec ses droits maladie ou pour une prise en

<sup>7</sup> 1 personne ne s'est pas exprimée pas sur le fait de se souvenir ou non de l'accompagnement PFIDASS.

charge. Mais ces personnes ne qualifient, en général, pas cela de « difficultés d'accès aux soins ».

« Non, je n'ai pas été appelée, je n'ai pas eu d'accompagnement, tout s'est fait le jour même. Ils m'ont donné les coordonnées de deux caisses où il y a des services de cabinet dentaire. Je ne savais pas que ça existait. J'ai pris le plus proche de chez moi et j'y suis allée faire les soins. C'est très bien, je n'ai rien à redire sur la qualité du travail et au lieu de 3 000 euros de ma poche, ça m'a coûté 230 euros. C'est juste plus long qu'un cabinet normal ». F, 46 ans, mariée, 3 enfants à charge, assistante maternelle.

Souvenir/perception de l'accompagnement							
	Oui		Non		Ne sait pas		Total (pers. ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	3	75	1	25			4
CPAM Alpes Maritimes	8	100					8
CPAM Aude	8	100					8
CPAM Bouches du Rhône	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Charente	8	100					8
CPAM Drôme	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Flandres	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Hainaut	6	75	2	25			8
CPAM Haute-Garonne	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Hérault	6	100					6
CPAM Landes	4	80	1	20			5
CPAM Lot	5	62.5	3	37.5			8
CPAM Manche	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Meurthe et Moselle	6	75	2	25			8
CPAM Moselle	6	75	2	25			8
CPAM Oise	2	66.7	1	33.3			3
CPAM Puy-De-Dôme	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Pyrénées-Orientales	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Savoie	4	80	1	20			5
CPAM Somme	8	100					8
CPAM Val d'Oise	3	37.5	4	50	1	12.5	8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>83.44</b>	<b>24</b>	<b>15.90</b>	<b>1</b>	<b>0.66</b>	<b>151</b>

## 1.2. Des renoncements qui s'ancrent dans le temps et qui ont des conséquences : deux justifications à la raison d'être des PFIDASS

- ❖ La moitié des renoncements duraient depuis au moins 2 ans ; pour environ deux tiers des assurés accompagnés, les difficultés d'accès aux soins avaient des conséquences sur leur état de santé

Dans 50,4% des cas, l'intervention des PFIDASS s'est déployée auprès de personnes pour lesquelles le (ou les) renoncement(s) aux soins duraient depuis plus de 2 ans ; pour 63% des personnes accompagnées, les difficultés d'accès aux soins avaient des conséquences (un peu ou beaucoup)

**sur leur état de santé.** Lors des entretiens, de nombreux renonçants pris en charge par les PFIDASS ont ainsi évoqué des conséquences sur leur santé physique et/ou psychique.

« J'ai commencé à avoir des abcès aux dents et ça remontait jusqu'à l'œil, je pouvais presque plus voir. Ça montait à la tête, j'ai vraiment eu peur de crever ». F, 47 ans, divorcée, en emploi.

« Je gagnais pas beaucoup et ensuite je me suis retrouvée au chômage, et je ne pouvais pas payer mes soins. Je devais voir pour mes yeux, faire des lunettes mais ça coûtait trop cher. Et surtout j'avais un problème à la tête, je ne savais plus où j'étais même quand j'étais chez moi, je savais pas quelle ville on habitait... ça n'allait pas. J'ai eu peur, je me suis dit à l'âge que j'ai, c'est peut être Alzheimer. Mais je pouvais pas aller chez le médecin, à chaque fois il me demandait de payer ». F, 52 ans, seule, 5 enfants dont un à charge, sans emploi.

Près de la moitié des renonçants a également pointé l'impact des difficultés d'accès aux soins sur sa vie professionnelle et/ou sociale.

« J'ai même perdu mon travail à cause de ça ». F, 53 ans, mariée, 2 enfants, en cours de licenciement.  
 « J'avais besoin d'un appareil dentaire et d'un auditif. Ça faisait plus de 4 ans que j'avais besoin pour mes oreilles, je n'entendais plus mais c'est hors de prix. J'entendais plus, c'était devenu primordial pour moi de faire quelque chose, c'était un problème quotidien. Je n'osais plus sortir en ville, je n'entendais plus les voitures. Et il fallait que les gens me parlent en face, pour que je vois leurs lèvres, sinon je n'entendais pas ». F, 49 ans, seule, en invalidité.

Durée des difficultés d'accès aux soins											
	Moins de 6 mois		Entre 6 mois et 1 an		Entre 1 et 2 ans		Plus de 2 ans		Ne sait pas		Total (pers. ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier			2	66.7			1	33.3			3
CPAM Alpes Maritimes	1	12.5	2	25			5	62.5			8
CPAM Aude					4	50	4	50			8
CPAM Bouches du Rhône	4	57	2	28.5			1	14.5			7
CPAM Charente			2	25	3	37.5	3	37.5			8
CPAM Drôme			4	50	1	12.5	3	37.5			8
CPAM Flandres					3	37.5	5	62.5			8
CPAM Hainaut	1	14.3	1	14.3	2	28.6	3	42.8			7
CPAM Haute-Garonne					1	12.5	7	87.5			8
CPAM Hérault			1	20	2	40	2	40			5
CPAM Landes					1	25	3	75			4
CPAM Lot			2	50	1	25	1	25			4
CPAM Manche	1	14.5	1	14.5	1	14.5	4	56.5			7
CPAM Meurthe et Moselle	1	16.7	1	16.7			4	66.6			6
CPAM Moselle	2	28.5	1	14.5	2	28.5	2	28.5			7
CPAM Oise	1	50					1	50			2
CPAM Puy-De-Dôme	1	14	3	43			3	43			7
CPAM Pyrénées-Orientales	2	28.5	3	43			2	28.5			7
CPAM Savoie					2	40	3	60			5
CPAM Somme					1	12.5	7	87.5			8
CPAM Val d'Oise			1	16.5	2	33.5	3	50			6
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>10.52</b>	<b>26</b>	<b>19.55</b>	<b>26</b>	<b>19.5</b>	<b>67</b>	<b>50.38</b>			<b>133</b>

Conséquences des difficultés d'accès aux soins sur l'état de santé									
	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Ne sait pas		Total (pers. ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	3	100							3
CPAM Alpes Maritimes	1	14	4	57	2	29			7
CPAM Aude			2	29	5	71			7
CPAM Bouches du Rhône	5	71	1	14.5	1	14.5			7
CPAM Charente			7	87.5	1	12.5			8
CPAM Drôme	1	12.5	3	37.5	4	50			8
CPAM Flandres			2	25	6	75			8
CPAM Hainaut	2	33.5	3	50	1	16.5			6
CPAM Haute-Garonne	2	25	4	50	2	25			8
CPAM Hérault			3	60	2	40			5
CPAM Landes			2	50	2	50			4
CPAM Lot	1	25	3	75					4
CPAM Manche	6	85.5			1	14.5			7
CPAM Meurthe et Moselle	3	50	2	33.5	1	16.5			6
CPAM Moselle	3	43	4	57					7
CPAM Oise			1	50	1	50			2
CPAM Puy-De-Dôme	2	28.5			5	71.5			7
CPAM Pyrénées-Orientales	4	56.5	1	14.5	2	29			7
CPAM Savoie			3	75	1	25			4
CPAM Somme	1	12.5	2	25	5	62.5			8
CPAM Val d'Oise	2	33.5	1	16.5	3	50			6
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>27.9</b>	<b>48</b>	<b>27.91</b>	<b>45</b>	<b>34.88</b>			<b>129</b>

❖ De nombreux « renonçants » ne savaient plus comment s'en sortir

Les accompagnements menés par les PFIDASS paraissent en outre apporter des solutions à des personnes qui ne savaient plus comment s'y prendre pour surmonter les obstacles rencontrés en matière de soins. La moitié des renonçants interrogés avait frappé à différentes portes pour essayer de trouver un soutien ou de l'aide, quand l'autre moitié avait, en l'occurrence, baissé les bras par rapport au renoncement et avait arrêté de chercher des solutions pour se soigner.

« J'ai demandé à beaucoup de monde : à la Sécu, à une AS, à d'autres accueils, mais on m'a toujours dit que j'avais droit à rien. J'ai vu aussi avec ma mutuelle et ceux qui me faisaient l'appareil, mais ils ne voulaient pas échelonner le paiement ». H, 60 ans, veuf, en invalidité.

« Quand on m'a proposé ça, je ne savais plus vers qui me tourner ». F, 50 ans, seule, au RSA.

Recherche de solutions en amont de l'accompagnement							
	Oui		Non		Ne sait pas		Total (pers. ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	3	100					3
CPAM Alpes Maritimes	4	50	4	50			8

CPAM Aude	4	50	4	50			8
CPAM Bouches du Rhône	1	14.5	6	85.5			7
CPAM Charente	3	37.5	5	62.5			8
CPAM Drôme	3	37.5	5	62.5			8
CPAM Flandres	4	50	4	50			8
CPAM Hainaut	3	43	4	57			7
CPAM Haute-Garonne	4	50	4	50			8
CPAM Hérault	2	40	3	60			5
CPAM Landes	2	50	2	50			4
CPAM Lot	2	50	2	50			4
CPAM Manche	3	50	3	50			6
CPAM Meurthe et Moselle	3	50	3	50			6
CPAM Moselle	3	43	4	57			7
CPAM Oise	1	50	1	50			2
CPAM Puy-De-Dôme	3	43	4	57			7
CPAM Pyrénées-Orientales	4	57	3	43			7
CPAM Savoie	4	80	1	20			5
CPAM Somme	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Val d'Oise	2	33.5	4	66.5			6
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>49.24</b>	<b>67</b>	<b>50.76</b>			<b>132</b>

### 1.3. Un dispositif qui répond à un besoin, des accompagnants qui inspirent confiance et qui expliquent clairement ce que les personnes peuvent attendre du service proposé : trois raisons principales de s'engager dans l'accompagnement

#### ❖ Une proposition d'aide qui répond à un besoin

La raison la plus citée par les assurés (41 d'entre eux) pour expliquer leur engagement dans l'accompagnement qui leur était proposé est qu'ils **n'avaient pas d'autres solutions pour se soigner alors que les soins dont ils avaient besoin étaient devenus, de leur point de vue, indispensables**. Les personnes ressentent ainsi la nécessité impérieuse de se soigner, mais font face à des obstacles qu'elles jugeaient indépassables.

*« J'ai accepté parce que j'étais en difficulté tout simplement. Je pouvais pas dire non quand la dame s'est proposée, je pouvais plus attendre ». H, 51 ans, marié, 3 enfants à charge, aide-soignant.*

*« Comme je vous disais, je pouvais plus faire autrement ». F, 64 ans, mariée, retraitée.*

**Le fait que le service proposé dans le cadre des PFIDASS est apparu aux personnes comme étant adapté à leur situation a été cité par 31 assurés<sup>8</sup>.**

*« La démarche m'a plu, j'ai senti qu'ils voulaient remédier à ma situation ». H, 53 ans, seul, ouvrier.*

*« C'était vraiment ce qu'il me fallait ». F, 50 ans, seule, en invalidité.*

**La proposition d'accompagnement faite par un agent de la PFIDASS paraît ainsi tout simplement répondre à un besoin.** Nous percevons aussi, au travers des verbatim ci-dessus, que l'adhésion à l'offre de l'Assurance Maladie est favorisée lorsque les assurés ont le sentiment que l'agent ne leur

<sup>8</sup> Les personnes pouvaient apporter plusieurs réponses à la question « Pour quelles raisons avez-vous accepté d'être accompagné/aidé par la CPAM par rapport à vos difficultés en matière de soins ? ». Au total, Les 52 personnes qui ont répondu à cette question ont apporté 142 réponses.

propose pas une offre de service « généraliste », mais un service « personnalisé » visant à prendre en compte leur situation et à y répondre de manière spécifique.

#### ❖ La confiance immédiate dans l'accompagnant, la compréhension rapide du service proposé

Les entretiens révèlent également que **25 des personnes interrogées ont accepté l'aide de la PFIDASS parce qu'elles ont, dès le premier contact - en face à face ou téléphonique - fait confiance à l'agent avec qui elles ont échangé.**

*« Vous savez, au téléphone, quand ça passe pas avec quelqu'un on le sent rapidement, là ça a été [ça a passé], direct ». H, 36 ans, marié, 3 enfants, chauffeur-livreur.*

**Le fait que celui-ci paraisse bien comprendre les difficultés rencontrées par les personnes (25 personnes en ont parlé) et exprime clairement ce qu'elles pouvaient attendre de l'accompagnement (40 personnes) semblent également favoriser l'engagement dans le dispositif PFIDASS.** On perçoit ici toute l'importance du premier contact entre les accompagnants et les assurés.

*« On a tout de suite vu ensemble ce qu'on pouvait tenter ». H, 39 ans, en couple, sans emploi.*

#### ❖ Ressentir la préoccupation de l'institution

**25 assurés disent, en parallèle, qu'ils ont ressenti un soulagement lorsque la CPAM leur a proposé de l'aide et 29 déclarent s'être sentis moins seuls face à leurs difficultés en matière de soins.** Il est important de rappeler qu'une proportion importante des personnes accompagnées par les PFIDASS vit seule et, se trouve surtout, dans une situation d'isolement, que ce soit sur le plan relationnel et/ou géographique<sup>9</sup>.

Dès les premiers contacts, plusieurs assurés ont ainsi ressenti une préoccupation réelle de l'institution et se sont sentis reconnus dans leurs difficultés. Tout cela a contribué à ce qu'ils acceptent de s'engager dans l'accompagnement, encore plus pour les personnes qui avaient déjà tenté d'adresser leur demande à d'autres interlocuteurs (ou parfois même à la CPAM) et de chercher des solutions, mais qui n'avaient pas réussi à trouver du soutien. Plusieurs personnes ont, en l'occurrence, fait part de leur sentiment d'être « abandonnés », « délaissés » par la société. Dans ce contexte, l'intérêt porté par l'Assurance Maladie à leur situation et à leurs difficultés revêt une importance toute particulière.

*« Moi je suis maintenant une vieille femme isolée, dans un village de montagne. Je suis désocialisée. Je cherche désespérément de l'aide parce que je ne sais plus comment m'en sortir. J'ai un appartement, mais je n'en ai que l'usufruit car j'ai fait la bêtise de le donner à mon fils alors que lui refuse de me voir, me traite comme une moins que rien. Et je dois payer tous les mois un garde-meubles, plus de 1000 euros, mais là je ne peux plus, j'ai les huissiers qui sont venus. Je dois payer l'électricité, le chauffage comme tout le monde, mais ce n'est plus possible. Je suis seule et dans une situation désespérée. Quand on m'a proposé un peu d'aide, ça m'a soulagée parce que je suis fatiguée, j'ai peur de mourir toute seule, comme ça ». F, 69 ans, seule, retraitée.*

*« Vous savez actuellement plein de gens sont laissés pour compte. J'ai trouvé ça bien que la Sécu prenne le temps d'appeler ». F, 51 ans, seule, un enfant à charge, en invalidité.*

**Ce dernier verbatim suggère également que le pas fait par l'institution vers les personnes, suite à la détection, pour leur proposer un accompagnement est plébiscité.** Ainsi, l'un des aspects que plusieurs personnes interrogées disent avoir apprécié est qu'un agent de la CPAM les rappelle,

<sup>9</sup> Pour 2472 personnes dont la situation a fait l'objet d'une saisine des PFIDASS, l'applicatif informatif OGEDAS contient une indication concernant un éventuel isolement des personnes. Parmi ces 2472 personnes, 43,9% sont qualifiées d'isolées.

reprenne contact avec eux. La rapidité de ce premier contact les a, en général, surprises et a participé à leur donner confiance dans la capacité d'action de leur interlocuteur. Plus habituées, en outre, 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 vers les assurés, et s'intéresse à leurs difficultés, a souvent été qualifié de « surprise ».

*« J'ai aimé que la CPAM aille au-devant de mes problèmes ». F, 54 ans, seule, animatrice (en cours de licenciement).*

*« J'étais très surprise parce que c'est la première fois que je vois qu'on s'intéresse à des personnes qui ont des difficultés à faire quelque chose pour leur santé et qu'on vient vers moi ». F, 50 ans, veuve, 2 enfants pas à charge, agent d'entretien.*

#### ❖ La confiance dans le détecteur

Nous pouvons enfin noter que **18 des personnes interrogées ont accepté de s'engager dans l'accompagnement parce qu'elles ont fait confiance au détecteur** avec lequel elles ont initialement évoqué leurs difficultés en matière de soins et qui leur a parlé d'une possible prise en charge par les PFIDASS. Le fait d'avoir bien compris ce qu'il allait se passer suite à l'échange avec le détecteur, et en quoi cela pouvait être aidant par rapport à leur situation, a rassuré certaines personnes et a contribué à les convaincre de s'engager dans l'accompagnement lorsque la proposition leur en a effectivement été faite.

*« On a parlé lors du bilan de santé, on m'a expliqué ce que la CPAM pouvait faire. Cela m'a semblé pouvoir participer à une reprise en main de ma santé ». F, 27 ans, mariée, sans emploi.*

*« Je suis allée à la caisse et quand j'étais là-bas j'ai raconté à une dame que je ne pouvais pas aller chez le dentiste. Elle m'a expliqué qu'il y avait une solution, qu'elle pouvait prendre mes coordonnées et qu'on me rappellerait pour me guider ». F, 25 ans, mariée, un enfant, auxiliaire de vie.*

Les raisons d'accepter l'accompagnement PFIDASS\*

	Haute Gar.	Bouches du Rh.	Aude	Somme	Val d'Oise	Alpes Marit.	Hainaut	Drôme	Charente	Savoie	Lot
Confiance dans le détecteur	1		4	2				1	4		
Pas d'autres solutions et soins indispensables	4	4	7	2		3	2	2	2		
La personne avait baissé les bras/ soulagement que la CPAM propose de l'aide	3	1	8	4		1	1		1		
La personne s'est sentie moins seule quand CPAM a proposé de l'aide	2		7	7	1	1		2	4	2	
Confiance dans l'agent avec qui la personne a eu le premier contact	2		5	2	1	2	2	5	2	1	
L'agent a bien compris les difficultés	4		5	3		4		2	1		
L'agent a clairement expliqué en quoi la CPAM pouvait aider et ce que la personne pouvait attendre du	4	2	5	1	2	4		2	2	1	1

service											
Ce service/l'aide semblait adapté(e) à la situation	3	1	6	3		1	4		2	1	3
Autres		1			2	2	1	1			

\* Les personnes pouvaient apporter plusieurs réponses à cette question.

Les raisons d'accepter l'accompagnement PFIDASS (suite)*											
	Moselle	Meurthe et Mos.	Landes	Allier	Flandres	Oise	Puy de Dôme	Hérault	Pyrénées Orientales	Manche	Total
Confiance dans le détecteur					2		1	2	1		18
Pas d'autres solutions et soins indispensables		2	2		2	1	2	1	3	2	41
La personne avait baissé les bras/ soulagement que la CPAM propose de l'aide		1			4				1		25
La personne s'est sentie moins seule quand CPAM a proposé de l'aide		1			2						29
Confiance dans l'agent avec qui la personne a eu le premier contact					2				1		25
L'agent a bien compris les difficultés				3	2				1		25
L'agent a clairement expliqué en quoi la CPAM pouvait aider et ce que la personne pouvait attendre du service	4	1	2		2	1	2		3	3	40
Ce service/l'aide semblait adapté(e) à la situation	1				1		2	1	1	1	31
Autres	2	1		1			1	1		1	14

\* Les personnes pouvaient apporter plusieurs réponses à cette question.

#### 1.4. Des assurés plutôt satisfaits d'avoir été accompagnés par les PFIDASS, quelques « déçus » du résultat de leur accompagnement et/ou de certains points de celui-ci

##### ❖ Des assurés majoritairement très satisfaits d'avoir été pris en charge par les PFIDASS, mais quelques déceptions

Parmi les 126 personnes qui se souviennent avoir été prises en charge par les PFIDASS, 123 se sont exprimées quant à leur satisfaction par rapport à l'accompagnement dont elles ont bénéficié. **77,2 % d'entre elles se sont dit « très satisfaites » de cet accompagnement.**

*« Très satisfait. Principalement pour la rapidité d'action et de prise en charge. Pour le côté humain aussi. Je sais pas si ça a de la valeur ce que je vais dire mais la dame était agréable. On a senti qu'on pouvait se faire soigner, qu'on était pris en main. On a été regardés comme un être humain ». H, 41 ans, marié, en recherche d'emploi.*

Comme l'indique le tableau ci-dessous, **la proportion de personnes ayant déclaré être « très satisfaites »** de l'accompagnement (parmi celles qui ont répondu à la question) varie en fonction des caisses :

- Cette proportion est égale ou supérieure à 80% dans 13 caisses (Allier, Alpes-Maritimes, Aude, Charente, Drôme, Flandres, Hainaut, Hérault, Landes, Manche, Meurthe et Moselle, Puy de Dôme, Pyrénées Orientales) ;
- Elle est comprise entre 60% et 80% dans 2 caisses (Bouches du Rhône et Val d'Oise) ;
- Elle est inférieure à 60% dans 6 caisses (Haute-Garonne, Lot, Moselle, Oise, Savoie, Somme).

Il est important de noter que, lorsque nous nous situons au niveau des échantillons de chaque caisse, les taux sont calculés sur des effectifs réduits. Ils sont donc à prendre avec prudence.

**18,7% des personnes accompagnées ont déclaré, quant à elles, être « plutôt satisfaites » et 3,2% être « plutôt pas satisfaites »** (1 personne dans 4 caisses différentes : Lot, Moselle, Savoie, Somme).

Plusieurs motifs paraissent pouvoir nuancer la satisfaction des personnes, en particulier le fait que l'accompagnement n'a, de leur point de vue, pas débouché :

- Sur une aide financière dont le montant était à la hauteur de leurs espérances ;
- Sur l'obtention d'une aide financière ;
- Sur l'ouverture d'un droit à la CMU C ou à l'ACS ;
- Sur l'obtention d'un contrat complémentaire adapté à leurs besoins et/ou qu'ils peuvent financer sur le long terme ;
- Sur une solution concrète pour les aider à faire face à leurs difficultés ;

*« Oui, mais ça s'est assez vite arrêté, elle me disait qu'elle allait m'aider à trouver une complémentaire santé, mais je ne pouvais pas la payer... alors ça n'a pas permis grand-chose ». H, 55 ans, seul, retraité.*

*« Je suis mitigée parce que je trouve bien la démarche de venir vers moi mais on n'a pas été au bout. Ça ne s'est pas très bien passé en définitive, j'ai eu la conseillère mais comme je peux pas payer une partie des soins, je n'ai pas fait ma couronne et le suivi s'est arrêté là ». F, 19 ans, seule, étudiante.*

Quelques personnes peuvent en outre avoir l'impression que les PFIDASS n'ont pas donné suite à leurs demandes :

*« Je suis insatisfaite parce qu'on ne m'a pas donné de suite. J'ai toujours des délais de RDV très longs, et je dois attendre, attendre, attendre. La personne n'a rien pu faire pour moi. J'ai été faire mes soins qui étaient prévus déjà avant qu'on m'appelle, ça n'a donc rien changé avec cet accompagnement ». F, 40 ans, en couple, deux enfants à charge, sans emploi.*

**Bien que déçues du résultat**, la plupart de ces personnes a toutefois conscience des limites d'action des PFIDASS et que les accompagnants ne peuvent pas remédier à certaines problématiques. **Beaucoup des personnes qui ont fait part de nuances quant à leur satisfaction par rapport aux résultats des accompagnements ont dit être, en revanche, tout à fait satisfaites du processus d'accompagnement et du fait que l'Assurance Maladie ait porté de l'intérêt à leur situation ;** comme la grande majorité des assurés, elles ont également apprécié les qualités relationnelles des accompagnants.

*« Sur l'accompagnement, je suis satisfait, c'est positif. C'est plus sur ce que ça a débouché que je suis déçu... Mais ça ne dépendait pas d'elle (l'accompagnante) ». H, 51 ans, marié, 3 enfants à charge, aide-soignant.*

« Je trouve ça bien de prendre des nouvelles, de donner des conseils aux patients. Ça n’a pas changé grand-chose pour ma situation mais c’est important qu’on nous demande si ça va ». F, 41 ans, mariée, 3 enfants à charge, sans emploi.

Dans quelques cas, **ce sont tout de même des éléments relatifs au processus d’accompagnement qui peuvent venir nuancer la satisfaction des assurés** : ce peut être le fait de ne pas avoir pu joindre directement l’accompagnant au cours du suivi, en tout cas de ne pas avoir nécessairement su ou compris que cela était possible ou comment le faire, ou de ne toujours pas maîtriser certains éléments relatifs à l’usage ou au contenu de leurs droits. Quelques assurés, parmi ceux qui n’ont été en contact que téléphonique avec leur accompagnant, auraient quant à eux souhaité une rencontre (voire plusieurs) en face à face et pensent que l’accompagnement aurait pu être encore plus efficace ainsi.

« Je n’avais pas de numéro pour les rappeler, c’est peut-être le seul point négatif. J’aurais bien voulu leur demander pour le psychologue ce qui était remboursé ». F, 25 ans, mariée, un enfant à charge, auxiliaire de vie.  
 « Je suis contente, j’ai été aidée pour me soigner les dents, sinon je pense que je l’aurais pas fait. Mais c’est dommage qu’elle ne soit pas à côté, j’aurais préféré la voir, au téléphone ce n’est pas pareil. Elle aurait pu m’aider encore mieux que ça, si ça n’avait pas été par téléphone, elle aurait pu m’expliquer des choses ». F, 59 ans, mariée, un enfant pas à charge, en invalidité.

Satisfaction par rapport à l’accompagnement											
	Plutôt satisfait		Très satisfait		Plutôt pas satisfait		Pas satisfait du tout		Ne sait pas		Total (pers. ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier			3	100							3
CPAM Alpes Maritimes	1	12.5	7	87.5							8
CPAM Aude			8	100							8
CPAM Bouches du Rhône	2	28.5	5	71.5							7
CPAM Charente	1	12.5	7	87.5							8
CPAM Drôme	1	12.5	7	87.5							8
CPAM Flandres			5	100							5
CPAM Hainaut	1	14	6	86							7
CPAM Haute-Garonne	4	57	3	43							7
CPAM Hérault			5	100							5
CPAM Landes			4	100							4
CPAM Lot	1	33.3	1	33.3	1	33.4					3
CPAM Manche	1	14	6	86							7
CPAM Meurthe et Moselle	1	16.5	5	83.5							6
CPAM Moselle	3	43	3	43	1	14					7
CPAM Oise	1	50	1	50							2
CPAM Puy-De-Dôme			7	100							7
CPAM Pyrénées-Orientales	1	14	6	86							7
CPAM Savoie	1	25	1	25	1	25			1	25	4
CPAM Somme	3	43	3	43	1	14					7
CPAM Val d’Oise	1	33.5	2	66.5							3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>18.7</b>	<b>95</b>	<b>77.24</b>	<b>4</b>	<b>3.25</b>			<b>1</b>	<b>0.8</b>	<b>123</b>

❖ **Le premier facteur de satisfaction : le service « individualisé » qui répond aux besoins de guidance**

Les principaux facteurs de satisfaction concernant l'accompagnement sont plutôt homogènes d'une caisse à l'autre.

Au travers des PFIDASS, **les assurés ont globalement ressenti le fait d'avoir bénéficié d'un service « sur-mesure », adapté à leurs besoins et qui a su/pu leur apporter des réponses concrètes.** Beaucoup disent avoir eu le sentiment, pour la première fois depuis longtemps, **d'être pris en compte, puis épaulés et soutenus**, mais aussi que **le service proposé et reçu leur a apporté des réponses se fondant sur l'analyse de leur situation** et correspondant, par conséquent, à la réalité de leurs besoins.

*« Je me suis sens épaulée et suivie, ça aide énormément ». F, 50 ans, seule, en invalidité.*

**Le sentiment d'être, tout à la fois, guidés** - au travers de conseils, d'informations et, surtout, d'explications - **et suivis, l'impression que leur dossier avançait et qu'ils étaient informés régulièrement de ces avancées**, sont des points que les assurés ont également fortement appréciés.

*« Ca fait pas de mal d'être un peu dirigée et soutenue quand on a des difficultés ». F, 60 ans, seule, sans emploi.  
« J'ai eu un bon suivi, quand mon dossier passait en commission je le savais, et même après ». F, 37 ans, mariée, 3 enfants à charge, sans emploi.*

De nombreux assurés ont parallèlement insisté sur **la rapidité avec laquelle les agents les ont pris en charge et ont pu leur apporter de l'aide.**

*« J'ai été, en très peu de temps, comblée, ça nous a aidées moi et ma fille ». F, 49 ans, mariée, 3 enfants à charge, sans emploi.  
« Ce même Monsieur m'a tenu ensuite au courant. Après une semaine seulement, il m'a rappelé pour me dire qu'il avait une bonne nouvelle, que j'allais avoir de l'aide pour payer mes lunettes ». H, 42 ans, marié, enfants à charge, en formation.*

D'autres ont évoqué **la précision des réponses fournies à leurs questions.** Le simple fait de **pouvoir librement questionner leur accompagnant pour lever certaines incompréhensions ou demander des conseils sur la marche à suivre pour finaliser un dossier, prendre contact avec un professionnel de santé**, a été aidant pour de nombreuses personnes.

**Les entretiens montrent ainsi que les assurés adhèrent massivement au moyen choisi par l'Assurance Maladie** - un accompagnement proactif, individualisé et différencié - **pour les aider à faire face à leurs difficultés d'accès aux soins.**

Plusieurs personnes ont, en outre, eu **conscience des différentes étapes de l'accompagnement, de la diversité des actions conduites** par les accompagnants, et ont vu « les choses avancer » progressivement. Pour d'autres, le « déroulé » est plus flou, quelques personnes ayant des difficultés à expliquer en quoi l'accompagnement a précisément consisté et/ou sur quels points l'accompagnant les a aidées. La plupart des personnes a, en revanche, été étonnée, mais ravie, **du temps qui lui a été accordé** par les agents. Cela a pu donner confiance aux personnes et envie de continuer à s'investir aux côtés de l'accompagnant :

*« J'ai beaucoup d'aide sur comment m'orienter, beaucoup de conseils sur un peu tout sur la santé. On a bien avancé avec la personne. J'ai été aidé sur mes problèmes de santé et mon opération. Elle m'a dit comment je devais faire pour être prise en charge, comme quoi les médecins ne doivent pas nous faire l'avance des frais. Elle m'a aidée aussi dans la prise en charge de mon fils, pour son orthodontie. Elle m'a dit les démarches, comment*

*je devais annuler mon ancienne mutuelle pour que ça soit la CMU qui prenne le relais. J'ai eu des aides étape par étape sur tout ce qui est financier et administratif ». F, 47 ans, 3 enfants dont un à charge, femme de ménage.*

*« La conseillère est très gentille, souriante, aimable. Elle expliquait très bien. Je n'avais pas d'appareil à l'époque alors j'entendais mal mais elle répétait, elle me réexpliquait les choses, elle prenait vraiment le temps ». F, 49 ans, seule, en invalidité.*

#### ❖ Des assurés qui plébiscitent le fait d'avoir un interlocuteur unique et la « double compétence » des accompagnants

La grande majorité des personnes accompagnées a, en l'occurrence, tout particulièrement apprécié **d'avoir été prise en charge par un seul agent et d'avoir eu, avec celui-ci, des contacts réguliers. Pour beaucoup, la relation qui s'est instaurée avec l'agent accompagnant a été importante** et les aidées à poursuivre leurs démarches, même lorsque celles-ci leur paraissaient lourdes ou compliquées :

*« C'est une relation plus proche et plus sincère, plus intéressante, avec un suivi par une même personne qui connaît notre situation professionnelle ». F, 47 ans, seule, 3 enfants dont un à charge, femme de ménage.*

*« C'était mieux d'avoir une seule personne. Ça n'a rien à voir avec les plateformes téléphoniques, qui sont déshumanisées, on est obligés de raconter sa vie à plusieurs personnes (...). Là, je lui ai dit une fois ce que j'avais, sans entrer dans le détail et, en plus, elle a bien gardé la distance (...). J'ai trouvé ça apaisant ». F, 52 ans, en couple, un enfant à charge, en invalidité.*

En parallèle, le fait que leur interlocuteur **connaisse bien leur dossier**, puisse répondre à leurs questions, **le fait également de ne pas avoir à réexpliqué de multiples fois leur situation**, constituent des points essentiels aux yeux des personnes. C'est en particulier cela qui leur a donné le sentiment de ne pas « être des numéros » et que les accompagnants se préoccupaient effectivement de leur destinée par rapport aux soins.

*« Et là je savais que la personne était au courant de tout le dossier ». H, 50 ans, seul, 3 enfants pas à charge, en invalidité.*

*« Je savais qu'il y avait quelqu'un derrière qui me suivait, qui voulait savoir où j'en étais ». F, 47 ans, mariée, 4 enfants, aide à domicile.*

Quasiment tous les assurés accompagnés ont, par ailleurs, souligné **la compétence technique et la qualité relationnelle des accompagnants**. Beaucoup ont apprécié leur capacité d'écoute.

*« Elle a un côté professionnel, pas qu'administratif, humain aussi ». F, 54 ans, seule, animatrice (en cours de licenciement).*

*« Elle était très à l'écoute et c'est ça qui m'a aidée je pense ». F, 52 ans, seule, 5 enfants dont un à charge, sans emploi.*

Etre en contact avec un interlocuteur précis, pouvoir échanger avec lui en cas de besoin, a permis à plusieurs personnes **d'être moins stressées par rapport à leurs démarches et de se sentir rassurées**, tout au long de leur parcours vers les soins :

*« C'est beaucoup de stress en moins, surtout quand on est seule. » F, 30 ans, seule, enseignante contractuelle.*

*« Elle m'a suivie très souvent et ça continue, je peux la joindre quand j'ai besoin et c'est important pour mes soins à un moment où mon moral est à zéro ». F, 53 ans, seule, 3 enfants pas à charge, en formation.*

#### ❖ Des assurés qui ressentent le caractère humain de l'accompagnement

Au-delà de l'impression d'avoir en face d'eux des professionnels qui connaissent leur travail et qui attachent de l'importance à la qualité de la relation entretenue avec l'utilisateur, nombreux sont les

assurés accompagnés à avoir noté **le caractère humain de l'agent, mais également du service, dont ils ont bénéficié.**

*« Une personne vraiment charmante, humaine. Au début je n'y croyais pas, je pensais que ça allait être des bureaucrates comme d'habitude, mais non c'était autre chose, une humanité derrière, très grande ». F, 47 ans, mariée, 2 enfants à charge, en incapacité de travailler.*

#### ❖ Des accompagnements « à plusieurs voix » qui fonctionnent aussi

On peut noter que si la réalisation de l'accompagnement par un seul agent est un point particulièrement apprécié par les assurés, quelques-uns, qui ont été accompagnés par différents agents, de manière simultanée ou successive, ont tenu à noter la fluidité de cette prise en charge à plusieurs voix. Aucune des personnes prises en charge par plusieurs agents n'a indiqué qu'elle aurait préféré être en contact avec un seul.

*« Ils étaient complémentaires à deux. Quand un n'était pas là, l'autre prenait le relais pour m'appeler. C'était pratique (...). Il y avait toujours une porte ouverte. H, 48 ans, seul, sans emploi.*

*« Elles étaient deux mais elles connaissaient toutes les deux le dossier. Quand j'appelais, je tombais sur Mme X ou sa collègue et quand je disais mon nom elle sortait tout de suite le dossier ». F, 37 ans, mariée, 3 enfants à charge, sans emploi.*

### **1.5. Des assurés qui ont, pour beaucoup, réalisé leurs soins - des différences entre les caisses sur ce point - et qui sont soulagés d'avoir pu se soigner**

#### ❖ Des assurés accompagnés qui, majoritairement, ont réalisé les soins déclarés initialement comme renoncés

Parmi les 125 personnes qui ont apporté une réponse à la question : « Suite à cet accompagnement/aide, avez-vous pu réaliser les soins dont vous aviez besoin ou êtes-vous en voie de le faire ? », 103 ont répondu oui. **Suite à l'accompagnement, 82,4 % de ces 125 personnes ont donc réalisé les soins dont elles avaient besoin.**

Comme le montre le tableau ci-dessous, **la proportion de personnes ayant réalisé les soins est toutefois sensiblement différente d'une caisse à l'autre :**

- Pour 13 caisses, elle est égale ou supérieure à 80 % (Alpes-Maritimes, Aude, Charente, Drôme, Flandres, Hainaut, Hérault, Meurthe et Moselle, Oise<sup>10</sup>, Puy de Dôme, Pyrénées Orientales, Somme, Savoie) ;
- Pour 6 caisses, elle est comprise entre 60 et 80 % (Allier, Bouches du Rhône, Haute-Garonne, Landes, Manche, Moselle) ;
- Pour 2 caisses, elle est respectivement de 25% et de 50% (Lot<sup>11</sup> - dans cette caisse 1 personne a également dit avoir réalisé en partie les soins renoncés, soit 25% - ; Val d'Oise).

Il est important de noter que, lorsque nous nous situons au niveau des échantillons de chaque caisse, les taux sont calculés sur des effectifs réduits. Ils sont donc à prendre avec prudence.

**Quelques-unes des personnes qui ont effectué leurs soins ont cependant déclaré que cela n'est, de leur point de vue, pas directement lié à l'accompagnement PFIDASS ;** une petite partie des assurés

<sup>10</sup> Ce taux n'a pas de valeur statistique dans la mesure où une seule personne sur les 3 interrogées a répondu à la question.

<sup>11</sup> Attention, dans le Lot, 4 personnes seulement ont répondu à cette question.

ne semble en l'occurrence pas percevoir clairement en quoi la réalisation des soins a été permise par l'accompagnement, ni en quoi a précisément consisté l'action de la PFIDASS et, de manière conséquente, dans quelle mesure cette action a contribué à les aider dans la réalisation de leurs soins.

**Plus des deux tiers (66,3%) des assurés ayant réalisé les soins ont, quant à eux, déclaré qu'ils n'auraient pas pu le faire sans l'appui et l'aide de la PFIDASS.**

*« Honnêtement, si j'avais pas eu d'aide je n'aurais pas pu. Je suis assistante maternelle et je gagne peu. On ne peut pas se soigner sans cette aide, surtout quand on vieillit et qu'on devient malade. Pourtant je travaille mais les soins sont chers ». F, 55 ans, seule, assistante maternelle.*

**17 personnes (13,5% de elles qui ont répondu à cette question) ont expliqué, lors des entretiens, ne pas avoir réalisé les soins.** Il existe ainsi des décalages entre la réalisation des soins telles que codée dans OGEDAS et les informations données sur ce point, par les personnes, lorsqu'on les interroge. Parfois, l'information relative à la réalisation effective des soins n'est en l'occurrence pas présente dans l'appli informatif. Plusieurs accompagnants ont indiqué, lors des entretiens conduits auprès d'eux, qu'il n'était pas toujours évident pour eux d'obtenir cette information une fois l'accompagnement achevé.

Comment les personnes expliquent-elles, le cas échéant, la non-réalisation des soins ou sa réalisation partielle ? Dans certains cas, d'autres problèmes de santé sont apparus et c'est cela qui a finalement empêché les personnes de faire les soins pour lesquels elles ont été accompagnées. Dans d'autres cas, les délais pour avoir un rendez-vous avec les professionnels de la santé expliquent que les personnes n'ont pas encore pu faire leurs soins, voire pour certaines, qu'elles continuent *in fine* à y renoncer.

*« Il y a des incohérences parce qu'on me dit que je dois vite voir un cardiologue, mais quand j'appelle, on me propose pas un RDV avant juin ». H, 50 ans, seul, en invalidité.*

Comme cela avait été signalé dans les tous premiers travaux conduits dans le Gard, il est utile de souligner que, même si les personnes n'ont pas réalisé les soins renoncés et/ou n'ont pas perçu leur passage par les PFIDASS, les échanges avec les accompagnants PFIDASS ont pu induire des « gains intermédiaires » - ouverture d'un droit à la CMU C ou à l'ACS, conseils pour s'orienter dans le système de soins, ... - qui peuvent être d'une précieuse aide pour les personnes. Plusieurs des entretiens conduits dans le cadre de cette évaluation l'indiquent.

Réalisation des soins renoncés suite à l'accompagnement									
	Oui		Non		En partie		Ne sait pas		Total (pers. ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	2	67	1	33					3
CPAM Alpes Maritimes	7	87.5					1	12.5	8
CPAM Aude	8	100							8
CPAM Bouches du Rhône	5	71.5	2	28.5					7
CPAM Charente	7	87.5					1	12.5	8
CPAM Drôme	6	85.5	1	14.5					7
CPAM Flandres	6	85.5	1	14.5					7
CPAM Hainaut	7	100							7

CPAM Haute-Garonne	6	75					2	25	8
CPAM Hérault	5	100							5
CPAM Landes	3	75	1	25					4
CPAM Lot	1	25	2	50	1	25			4
CPAM Manche	5	71.5	2	28.5					7
CPAM Meurthe et Moselle	6	100							6
CPAM Moselle	4	67	2	33					6
CPAM Oise	1	100							1
CPAM Puy-De-Dôme	7	100							7
CPAM Pyrénées-Orientales	6	85.5	1	14.5					7
CPAM Savoie	4	80	1	20					5
CPAM Somme	5	83	1	17					6
CPAM Val d'Oise	2	50	2	50					4
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>82.4</b>	<b>17</b>	<b>13.6</b>	<b>1</b>	<b>0.8</b>	<b>4</b>	<b>3.2</b>	<b>125</b>

La personne aurait-elle réalisé les soins sans intervention de la PFIDASS ?							
	Oui		Non		Ne sait pas		Total (personnes ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	1	33	2	67			3
CPAM Alpes Maritimes	1	12.5	7	87.5			8
CPAM Aude	3	43	4	57			7
CPAM Bouches du Rhône	3	50	3	50			6
CPAM Charente	1	12.5	6	75	1	12.5	8
CPAM Drôme	2	28.5	5	71.5			7
CPAM Flandres	1	25	3	75			4
CPAM Hainaut	1	14.5	6	85.5			7
CPAM Haute-Garonne	1	16.5	5	83.5			6
CPAM Hérault	1	20	4	80			5
CPAM Landes	1	25	3	75			4
CPAM Lot	1	50	1	50			2
CPAM Manche	4	57	3	43			7
CPAM Meurthe et Moselle			6	100			6
CPAM Moselle	4	57	3	43			7
CPAM Oise	1	50	1	50			2
CPAM Puy-De-Dôme	2	28.5	5	71.5			7
CPAM Pyrénées-Orientales	3	43	4	57			7
CPAM Savoie	2	66.5			1	33.5	3
CPAM Somme	4	50	4	50			8
CPAM Val d'Oise			2	100			2
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>31.9</b>	<b>77</b>	<b>66.38</b>	<b>2</b>	<b>1.72</b>	<b>116</b>

❖ Des assurés soulagés, physiquement et moralement, et qui « vont de l'avant »

Suite à la réalisation de soins longtemps renoncés, de nombreuses personnes interrogées ont, en tout cas, le sentiment que leur qualité de vie et (ou) leur bien-être physique se sont améliorés. Certains peuvent même avoir le sentiment que la vie n'est plus tout à fait la même après avoir fait les soins qu'avant.

*« Voir mieux pour le quotidien, c'est important. Ça m'a donné un coup de pouce de soigner mes yeux ». F, 58 ans, divorcée, au chômage.*

*« Je suis très contente parce que c'était dur comme période, j'entendais plus. Je pouvais même pas allumer la télé, les sons étaient flous et je comprenais pas les gens. Là ça m'a changé la vie d'avoir l'appareil. Je dis merci à vous, je sais pas comment vous remercier ». F, 55 ans, seule, assistante maternelle.*

La plupart des assurés dit, en tout cas, être soulagée - physiquement et/ou moralement - d'avoir enfin pu se soigner et/ou d'avoir pu engager des soins pour d'autres membres de la famille.

*« Je suis plus apaisée, contente que les choses rentrent dans l'ordre d'un point de vue de ma santé ». F, 27 ans, mariée, en emploi.*

*« Ils m'ont donné la possibilité de me soigner et pour ma fille. C'est un vrai coup de pouce ». F, 40 ans, seule, un enfant, sans emploi.*

Se soigner semble, en outre, avoir permis à plusieurs assurés « d'aller de l'avant » par rapport à différentes dimensions de leur vie et/ou d'assumer, dans de meilleures conditions, certaines de leurs activités quotidiennes. Des personnes ont expliqué avoir repris leurs démarches pour chercher un emploi, quand quelques autres ont dit s'être lancées dans une formation.

*« Maintenant, je peux faire ma journée à l'école, j'ai plus mal comme avant ». H, 18 ans, seul, en formation.*

*« C'est aussi essentiel pour la conduite, je suis en formation et, à la fin, on a notre permis. Je n'aurais pas pu faire cette formation sans mes lunettes. Tout s'est bien enchaîné ». F, 53 ans, seule, en formation.*

Pour une partie des personnes, la réalisation des soins a pu participer à leur donner une meilleure estime d'elles-mêmes et/ou les aider à aller de nouveau vers les autres.

*« Je revis vraiment, je me sens mieux dans ma peau, je reprends contact avec les gens, alors qu'avant je ne sortais plus. Je me vois comme avant, je me disais que j'étais un monstre, c'est les mots que j'utilisais. Alors là forcément ça change la vie ». F, 49 ans, seule, en invalidité.*

## 1.6. D'autres effets pour une partie des assurés - dont la proportion est variable d'une caisse à l'autre : l'accroissement du sentiment de sécurité par rapport à la maladie et/ou d'inclusion sanitaire et sociale

❖ Un sentiment de sécurité par rapport à la maladie accru

Au-delà de la réalisation des soins, les mots de certaines personnes permettent de comprendre que **le passage par les PFIDASS a également contribué à l'accroissement de leur sentiment de sécurité par rapport au risque maladie**. Le fait de disposer d'une protection de base et complémentaire, ouverte, mise à jour et potentiellement plus adaptée à leurs besoins et à leurs moyens, est un facteur qui peut, en particulier, favoriser ce sentiment et son accroissement.

*« Je suis plus sécurisé, plus serein par rapport à ma santé ». H, 26 ans, seul, étudiant.*

En permettant aux assurés accompagnés de disposer d'une protection de base et, dans la mesure du possible, d'une couverture complémentaire adaptée à leur situation, en leur donnant également des clefs pour comprendre le contenu de leurs droits et/ou comment les utiliser auprès des professionnels de santé et/ou en les guidant vers des offres de soins, l'accompagnement a, en l'occurrence, permis à une partie des personnes de **« rattraper » plusieurs soins pour elles-mêmes et ou pour des membres de leur famille**, au-delà de celui auquel elles avaient initialement déclaré renoncer. Quelques personnes ont quant à elles pu **reprendre un suivi qu'elles avaient dû arrêter et/ou effectuer des actes de prévention**.

*« J'ai aussi recommencé un suivi pour des lésions cancéreuses que j'avais arrêté à cause de l'avance des frais ». F, 53 ans, seule, en formation.*

*« J'ai aussi vu le gynéco, il m'a fait passer un test « ostéodensitométrie » et il m'a dit de faire une mammographie. J'ai fait la première et j'attends le RDV pour la seconde ». F, 52 ans, seule, 5 enfants dont un à charge, sans emploi.*

#### ❖ Des assurés qui disposent de « nouvelles clefs » pour accéder aux soins

Une partie des assurés paraît d'ailleurs **se sentir davantage « armée » pour faire face aux difficultés d'accès aux soins, le cas échéant**. Cela peut découler du fait que certains ont **découvert, grâce à l'accompagnement, l'existence d'aides, de prestations, de services, qui peuvent leur être utiles pour accéder et/ou bénéficier de soins**, parce **qu'ils ont reçu des explications précises** pour pouvoir mobiliser leurs droits et/ou parce **qu'ils se sont rendus compte qu'ils pouvaient être eux-aussi bénéficiaires de certains dispositifs**.

*« J'ai appris des choses que j'avais droit et que j'ignorais. Il faudrait nous renseigner plus souvent car on n'a pas toujours en tête tous ses droits ». F, 84 ans, mariée, retraitée.*

*« Je pensais pas que je faisais partie des nécessiteux. Le fait de me contacter, de me proposer certaines aides, ça m'a fait prendre conscience que je pouvais être aidée ». F, 58 ans, divorcée, au chômage.*

Ce sentiment de mieux maîtriser leur destin par rapport aux soins peut découler de la possibilité donnée aux personnes par l'accompagnement PFIDASS :

- de faire un point complet sur leurs droits en matière d'Assurance Maladie ;
- et/ou de comprendre comment les utiliser ;
- et/ou de disposer d'un médecin traitant ;
- et/ou de mieux connaître la diversité des offres de soins disponibles et/ou l'existence de centres de soins à proximité de chez eux.

Tous ces points paraissent essentiels aux personnes pour pouvoir accéder aux soins, naviguer, et se maintenir, dans le système de santé.

*« Je suis plus au courant, je me sens tranquille sur ce que je peux avoir comme soins ». F, 49 ans, seule, en invalidité.*

*« J'ai eu beaucoup d'informations sur la CMU, comme quoi un docteur ne devait pas nous demander d'avancer l'argent et aussi sur le montant des remboursements pour les lunettes. La CMU ne couvre pas tout, elle m'a expliqué que les montures chères étaient à payer par moi si je voulais des lunettes comme ça ». F, 52 ans, seule, 5 enfants dont un à charge, sans emploi.*

#### ❖ Du sentiment d'inclusion sanitaire, à l'impression de faire à nouveau partie de la société

A côté de cela, les propos de quelques personnes traduisent le fait que **l'accompagnement PFIDASS leur a donné le sentiment d'avoir les mêmes possibilités que les autres membres de la société en matière de soins, voire l'impression d'être davantage incluses dans la société**.

« Le fait que Monsieur N. et sa collègue m'aient appelé, ça fait bizarre. On se dit qu'on n'est pas dans la société, qu'on est en dehors du système... Mais avec eux, ça m'a sauvé. Ils m'ont appelé, j'étais au bord du précipice, c'est comme s'il y avait quelqu'un qui venait te tenir dans le dos, te rattraper pour pas que tu sautes ». H, 48 ans, seul, sans emploi.

« Maintenant, je peux me soigner... Pouvoir se soigner, c'est être comme tout le monde. Je me sens un peu plus dans la société ». F, 56 ans, seule, animatrice (en cours de licenciement).

C'est donc, pour certains assurés interrogés, le sentiment d'inclusion sanitaire, mais également sociale, qui paraît avoir été accru par leur passage dans le dispositif PFIDASS. Un point notable est que **66% des personnes** (parmi les 127 ayant répondu à la question) **ont déclaré avoir désormais le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand nécessaire.**

Cette proportion varie, là encore, d'une CPAM à l'autre :

- Elle atteint 100% dans les Alpes-Maritimes, le Hainaut et les Pyrénées Orientales ; dans ces 3 caisses, toutes les personnes interrogées (et qui ont répondu à la question) disent avoir le sentiment de pouvoir désormais bénéficier de soins en cas de besoin ;
- Elle est située entre 60% et 100% dans 9 caisses (Allier, Aude, Bouches du Rhône, Flandres, Hérault, Landes, Meurthe et Moselle, Moselle, Puy de Dôme, Val d'Oise) ;
- Elle est inférieure à 60% dans 8 caisses (Charente<sup>12</sup>, Drôme, Haute-Garonne<sup>13</sup>, Lot, Manche, Oise, Savoie, Somme).

Il semble ainsi que, **dans certaines caisses, l'accompagnement réalisé au sein des PFIDASS ait plus particulièrement permis aux personnes de se sentir durablement en sécurité par rapport à leurs soins.**

Sentiment de pouvoir désormais bénéficier de soins quand nécessaire							
	Oui		Non		Ne sait pas		Total (personnes ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	2	67	1	33			3
CPAM Alpes Maritimes	8	100					8
CPAM Aude	5	71.5	2	28.5			7
CPAM Bouches du Rhône	6	85.5	1	14.5			7
CPAM Charente	2	25	2	25	4	50	8
CPAM Drôme	4	50	4	50			8
CPAM Flandres	5	62.5	3	37.5			8
CPAM Hainaut	7	100					7
CPAM Haute-Garonne	4	50	2	25	2	25	8
CPAM Hérault	4	80	1	20			5
CPAM Landes	3	75	1	25			4
CPAM Lot	1	33.3	2	66.7			3
CPAM Manche	4	57	3	43			7
CPAM Meurthe et Moselle	4	67	2	33			6
CPAM Moselle	5	71.5	2	28.5			7
CPAM Oise	1	50	1	50			2

<sup>12</sup> Attention, dans cette caisse, 4 personnes ont répondu qu'elles ne savaient pas répondre à cette question.

<sup>13</sup> Attention, dans cette caisse, 2 personnes ont répondu qu'elles ne savaient pas répondre à cette question.

CPAM Puy-De-Dôme	5	71.5	2	28.5			7
CPAM Pyrénées-Orientales	7	100					7
CPAM Savoie	2	50	2	50			4
CPAM Somme	2	25	6	75			8
CPAM Val d'Oise	2	66.5	1	33.5			3
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>65.35</b>	<b>38</b>	<b>29.92</b>	6	4.73	<b>127</b>

### 1.7. Des assurés qui, pour un tiers d'entre eux, restent inquiets par rapport à l'accessibilité des soins, à l'avenir

Si l'accompagnement a permis à nombre de personnes de se soigner, si leur problème de renoncement est résolu pour l'heure et, plus globalement, si leur accès aux soins est facilité dans l'immédiat, **l'avenir en matière de soins reste toutefois incertain** pour une partie d'entre eux. **30%** (des 127 personnes ayant répondu à la question) **ont ainsi déclaré ne pas avoir le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand nécessaire.**

#### ❖ Une inquiétude qui concerne en particulier le dentaire et l'optique, mais aussi les soins spécialisés

Cette inquiétude porte, en particulier et sans surprise, sur les soins dentaires - beaucoup d'assurés ne font en l'occurrence pas de distinction entre soins conservateurs et prothétiques et ont tendance à penser que les deux types de soins leur sont inaccessibles - et sur l'achat d'optique.

*« Les yeux, les dents, les lunettes, tout est très cher maintenant, et ce n'est pas à la portée de tous ». H, 69 ans, marié, retraité.*

Certains soins spécialisés sont également concernés, en fonction notamment du lieu de résidence des personnes, mais aussi – et cela peut être directement lié – à cause des délais pour obtenir des rendez-vous.

*« Je trouve que c'est très long par exemple pour les RDV chez un neurologue. Je le vois dans le travail pour les gens en perte d'autonomie ». F, 25 ans, mariée, un enfant à charge, auxiliaire de vie.*

#### ❖ Des inquiétudes attisées par l'absence de perspectives d'amélioration des conditions de vie

Même les personnes couvertes par une complémentaire doutent, parfois, de leurs possibilités de pouvoir accéder à ces soins, si elles en ont besoin à l'avenir. Une personne a quant à elle évoqué **l'apparition de difficultés nouvelles pour accéder à certains soins, suite à son changement de complémentaire dans le cadre de l'ACS.** Ce cas, isolé dans ce corpus, renvoie en revanche à d'autres similaires, mis en exergue au travers de précédents travaux<sup>14</sup>.

*« Par contre, avec l'aide pour ma mutuelle, j'ai pas pu garder la mutuelle que j'avais avant. Je suis toujours chez X mais j'ai dû prendre un autre contrat, avec d'autres garanties. Avec cette aide, on ne peut pas avoir n'importe quel contrat, c'est la loi. Alors maintenant, je n'ai plus de remboursement pour certaines choses. Avant, je pouvais aller chez le pédicure parce qu'avec mon arthrose, je peux pas me débrouiller seule. Je peux pas vraiment me soigner plus facilement, parce qu'on ne me rembourse plus certains soins qu'on me remboursait avant ». F, 83 ans, seule, retraitée.*

<sup>14</sup> Blanchet N. et H. Revil, « Impact de la réforme du 1<sup>er</sup> juillet 2015 de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sur son utilisation », rapport pour la CPAM du Gard, Odenore, 2016.

Les assurés qui semblent **les plus inquiets pour l'avenir sont ceux pour lesquels les conditions de vie ne semblent pas pouvoir s'améliorer**, dans les mois voire dans les années à venir. Qu'ils soient en invalidité, à la retraite, en incapacité de travailler et en attente d'une reconnaissance institutionnelle, qu'ils enchaînent les contrats précaires ou soient dans des formes d'emploi faiblement rémunératrices, c'est en particulier **l'absence de perspectives quant à la croissance de leurs revenus et quant à l'amélioration**, en général, **de leurs conditions de vie qui les met en insécurité** par rapport aux soins.

*« Ce sera toujours dur parce que je n'ai que 660€ d'invalidité, pas d'autres rentrées d'argent. Ça ne changera pas ».* H, 54 ans, seul, en invalidité.

❖ **La crainte d'être exposé à des dépassements d'honoraires ou à des refus de soins ; la difficulté parfois de trouver un médecin traitant**

**Une partie des personnes interrogées craint en outre d'être exposée à des dépassements d'honoraires** pour la réalisation de soins chez des spécialistes, et anticipe le fait de ne pas pouvoir y faire face. Les incertitudes sur les coûts de certains soins, du fait notamment des dépassements, peuvent empêcher les personnes de se projeter dans leurs parcours de soins. En ce sens, il peut être particulièrement important pour les assurés que l'accompagnant PFIDASS leur ait expliqué comment mieux se repérer par rapport aux coûts des soins, la distinction entre les secteurs d'activité des professionnels de santé...

*« Quand les tarifs sont libres, que les médecins peuvent dépasser... C'est sûr, on ne pourra pas... ».* F, 53 ans, en couple, au chômage.

Quelques personnes, en particulier bénéficiaires de la CMU C, évoquent quant à elles **d'éventuels refus de soins qui pourraient venir limiter ou entraver leur accès au système de santé**.

*« C'est accessible les soins si on me donne les bonnes adresses, qui acceptent la CMU. On se demande toujours s'ils vont l'accepter ou non. C'est très régulier qu'on nous ferme la porte ».* F, 56 ans, seule, animatrice (en cours de licenciement).

D'autres expliquent enfin que leur impression de ne toujours pas pouvoir accéder à certains soins est lié au fait qu'**elles n'arrivent pas à trouver un médecin traitant**.

*« On a encore des difficultés pour trouver un médecin traitant (...). On n'a pas de médecin qui veut nous prendre ».* F, 41 ans, séparée, en recherche d'emploi.

❖ **Des incompréhensions qui perdurent, quelques personnes toujours perdues par rapport au système d'Assurance Maladie et de santé**

La plupart des personnes qui a obtenu une ouverture de CMU C ou d'ACS grâce à l'accompagnement est consciente que les droits nouvellement acquis devront être renouvelés au bout de 12 mois. **Toutes n'ont en revanche pas complètement compris et/ou intégré comment s'y prendre pour obtenir ce renouvellement**. D'autres personnes sont quant à elles convaincues **qu'elles ne pourront pas bénéficier plusieurs fois d'une aide financière pour réaliser des soins** ou d'une autre forme de soutien de la part de l'Assurance Maladie.

*« Je n'ai pas de numéro et on m'a dit que maintenant que j'ai été aidée, je n'aurai plus droit à rien ».* F, 83 ans, seule, retraitée.

Certains points concernant les prestations CMU C ou ACS, ou les aides extra-légales, demeurent ainsi mal compris par les assurés ; les personnes ont d'ailleurs pu faire leurs propres interprétations quant

aux messages qui leur ont été délivrés, dans le cadre de l'accompagnement. Tout cela peut, en tout cas, induire une forme d'insécurité dans leur accès aux soins.

De manière plus générale, **une partie des assurés dit être toujours perdue par rapport au système de protection maladie et de santé et ne se sent pas en capacité de « naviguer » seule dans cet univers qu'elles jugent complexe.** Quelques personnes ont expliqué n'avoir pas toujours compris quelles étaient les actions réalisées par les accompagnants et comment s'y prendre s'ils devaient, à l'avenir, mettre en place certaines démarches par elles-mêmes. Certaines précisent toutefois que les **conditions dans lesquelles elles se trouvaient au moment de leur prise en charge par els PFIDASS, les événements qu'elles vivaient**, ont pu participer du fait qu'elles n'ont pas perçu tout à fait clairement ce qu'il se passait dans le cadre de l'accompagnement.

*« Je ne comprenais pas toujours ce qu'elle faisait, c'est compliqué ». F, 59 ans, mariée, un enfant pas à charge, en invalidité.*

*« Je ne me souviens plus sur quoi elle m'a aidée. J'étais à l'hôpital, je sais qu'on a parlé de plusieurs choses, mais j'avais vraiment la tête ailleurs ». F, 41 ans, mariée, 3 enfants, sans emploi.*

#### ❖ **Des incertitudes concernant le fait de pouvoir reprendre contact avec l'accompagnant**

**Plusieurs assurés interrogés ont déclaré ne pas savoir, ou ne pas avoir compris, s'ils « ont le droit »,** en cas de nouvelles difficultés, ou s'ils veulent avoir des précisions sur certains points liés à leur accompagnement et aux aides/droits qu'ils ont obtenus, **de reprendre contact avec leur accompagnant PFIDASS.**

*« Je ne sais pas si je peux. Et je ne sais pas si j'ai un numéro direct ». H, 69 ans, marié, retraité.*

Certains ont quant à eux conscience qu'ils peuvent le contacter ou qu'ils pourraient potentiellement le faire si nécessaire, mais **ne savent, par contre, pas nécessairement comment s'y prendre**, en particulier parce qu'ils ne disposent pas d'un numéro de téléphone.

*« Je dois faire une opération des genoux, j'ai l'épaule qui a une déchirure et mon médecin qui vient de partir à la retraite m'a dit que je devais aussi me faire opérer des varices. Mais je fais rien, je peux pas aller à l'hôpital, je n'ai pas les moyens. Ma mutuelle est suspendue tant que je trouve pas les 300 euros et je sais pas comment je vais faire. Je n'en ai pas parlé avec Madame N, je n'ai pas son numéro ». F, 59 ans, mariée, un enfant pas à charge, en invalidité.*

Au regard des entretiens, il semblerait, qu'en fonction des PFIDASS, les pratiques diffèrent concernant le fait de donner un numéro de téléphone direct, pour que les personnes l'utilisent au cours de l'accompagnement ou après celui-ci, en cas de besoin. Sur ce point, **les réponses peuvent, en l'occurrence, être contradictoires entre des assurés pourtant accompagnés par une même PFIDASS.** Pour une même caisse en effet, un assuré peut dire qu'on lui a donné le numéro, un autre qu'il n'en dispose pas. On peut faire l'hypothèse que les pratiques ne sont pas les mêmes en fonction des accompagnants ou que cela fait partie des informations plus ou moins bien expliquées, et/ou assimilées, par les personnes.

Qu'elles disposent ou non d'un numéro, **toutes les personnes accompagnées ne recontacteront pas leur accompagnement PFIDASS en cas de besoin** ; 57% (des 121 personnes qui ont répondu à la question) ont dit qu'elles le feraient, par téléphone ou en se rendant, dans certains territoires, aux permanences PFIDASS.

*« Je sais quand est la permanence, je retournerai là-bas ». F, 63 ans, seule, retraitée.*

Certaines personnes ont d'ailleurs déjà repris contact pour obtenir des renseignements complémentaires ou faire part de nouvelles difficultés.

*« Mme X m'a dit qu'elle était disponible si j'avais d'autres difficultés. Notamment, mes enfants ont fait le bilan M't dents, et j'ai ma fille qui doit avoir un appareil. Mme X m'a dit qu'on pourrait voir pour une aide financière ». F, 37 ans, mariée, 3 enfants à charge, sans emploi.*

21,5% des personnes ont en outre déclaré qu'elles ne passeraient pas nécessairement par l'accompagnant, mais qu'elles reviendront à l'accueil de l'Assurance Maladie si cela leur semble nécessaire.

**Une partie des personnes (21,5%) explique en revanche qu'elle ne reprendra pas contact avec la PFIDASS, et ce même si son avis sur le dispositif est très positif.** Plusieurs assurés ont en l'occurrence précisé qu'ils essayeront de se débrouiller seuls, en particulier parce qu'ils trouvent important que l'accompagnement puisse également bénéficier à d'autres personnes qu'eux.

*« Je vais d'abord regarder si je peux faire par moi-même, je sais qu'il y a des personnes pires que moi. Je ne veux pas profiter de cette solidarité maintenant que je travaille ». H, 53 ans, seul, Ouvrier.*

La personne recontactera-t-elle son accompagnant PFIDASS en cas de besoin ?							
	Oui		Non		Autres		Total (personnes ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	3	100					3
CPAM Alpes Maritimes	7	87.5	1	12.5			8
CPAM Aude	6	85.5	1	14.5			7
CPAM Bouches du Rhône	4	57	2	28.5	1	14.5	7
CPAM Charente	4	50	3	37.5	1	12.5	8
CPAM Drôme	2	25	2	25	4	50	8
CPAM Flandres	1	25	3	75			4
CPAM Hainaut	5	71.5	2	28.5			7
CPAM Haute-Garonne	6	85.5	1	14.5			7
CPAM Hérault	4	80	1	20			5
CPAM Landes	4	100					4
CPAM Lot					3	100	3
CPAM Manche	4	57			3	43	7
CPAM Meurthe et Moselle	1	16.5			5	83.5	6
CPAM Moselle	3	43	1	14	3	43	7
CPAM Oise	1	50			1	50	2
CPAM Puy-De-Dôme	4	57			3	43	7
CPAM Pyrénées-Orientales	4	67	2	33			6
CPAM Savoie	1	25	3	75			4
CPAM Somme	4	57	3	43			7
CPAM Val d'Oise	1	25	1	25	2	50	4
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>57.02</b>	<b>26</b>	<b>21.49</b>	<b>26</b>	<b>21.49</b>	<b>121</b>

## Pour conclure

Les échanges avec les assurés montrent que les PFIDASS répondent globalement à un besoin et que, s'ils n'avaient pas été pris en charge par les plateformes, nombre d'entre eux auraient vu leur renoncement persister. L'analyse des entretiens vient en outre souligner le fait que la configuration générale du dispositif - articulation d'une détection par différents professionnels/services/structures et mise en œuvre d'accompagnements individualisés – permet de « capter » des difficultés d'accès aux soins sur les territoires (les niveaux de détection ne sont cependant pas homogènes d'une caisse à l'autre), d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins de guidance de bon nombre des personnes prises en charge et de les amener à se soigner à un moment T, voire à moyen terme.

**On peut noter que parmi les personnes qui ont répondu à la question « La CPAM prend-elle suffisamment en compte les difficultés d'accès aux soins de ses assurés ? », 78,3% ont répondu par l'affirmative.** Il pourrait être particulièrement intéressant de poser cette question à des personnes, en amont et en aval de l'accompagnement par les PFIDASS, afin de mesurer si, et dans quelle proportion, le passage par ces dispositifs peut faire augmenter le sentiment que les caisses primaires sont des interlocuteurs concernant les difficultés d'accès aux soins.

La CPAM prend-elle suffisamment en compte les difficultés d'accès aux soins de ses assurés ?							
	Oui		Non		Ne sait pas		Total (personnes ayant répondu à la Q)
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
CPAM Allier	2	67	1	33			3
CPAM Alpes Maritimes	6	75			2	25	8
CPAM Aude	7	100					7
CPAM Bouches du Rhône	5	83	1	17			6
CPAM Charente	8	100					8
CPAM Drôme	5	83	1	17			6
CPAM Flandres	5	83	1	17			6
CPAM Hainaut	7	100					7
CPAM Haute-Garonne	4	50	2	25	2	25	8
CPAM Hérault	3	60	2	40			5
CPAM Landes	3	75	1	25			4
CPAM Lot	2	66.7	1	33.3			3
CPAM Manche	7	100					7
CPAM Meurthe et Moselle	6	100					6
CPAM Moselle	2	40	3	60			5
CPAM Oise	2	100					2
CPAM Puy-De-Dôme	3	43	4	57			7
CPAM Pyrénées-Orientales	4	57	3	43			7
CPAM Savoie	3	75	1	25			4
CPAM Somme	8	100					8
CPAM Val d'Oise	2	66.5	1	33.5			3
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>78.3</b>	<b>22</b>	<b>18.33</b>	<b>4</b>	<b>3.34</b>	<b>120</b>

**Les entretiens conduits dans 21 CPAM montrent que les principaux effets à court terme des plateformes pour les assurés sont, si nous les prenons de manière globale, plutôt homogènes avec ceux mis en exergue dans le Gard :** amélioration de l'accès aux soins à un temps T, réalisation des soins renoncés, possibilité de « rattraper des soins » pour les « renonçants » et/ou leur famille, soulagement physique et/ou moral, amélioration de la qualité de vie et/ou du bien-être physique, stimulation pour avancer dans leur parcours de vie, perspectives professionnelles et/ou sociales accrues dans certains cas...

Un point était moins apparu dans les précédents travaux, mais il est fort possible que nous n'ayons tout simplement jamais porté le regard dessus : le fait que le passage par les dispositifs PFIDASS a permis à plusieurs assurés de reprendre des soins qu'ils avaient dû arrêter à cause de difficultés – financières et/ou géographiques en particulier – et/ou d'effectuer des soins de prévention (notamment actes de dépistages). **En ce sens, les PFIDASS peuvent améliorer l'accès à des soins curatifs, mais également préventifs, et contribuer en outre à ce que des personnes se maintiennent dans des processus de soins.**

Les entretiens menés dans le cadre de la présente évaluation ont, pour certains d'entre eux et comme cela avait également été le cas dans de précédents travaux, également donné à entendre des décalages entre la perception qu'ont les acteurs de l'Assurance Maladie des résultats des accompagnements et de la manière dont ceux-ci se sont déroulés, et la perception qu'en ont les personnes accompagnées. Ces décalages, qui découlent de la comparaison des points de vue, peuvent, selon nous, être particulièrement utiles pour affiner encore et faire évoluer le service rendu dans le cadre des PFIDASS, notamment s'agissant de la réception des différents messages transmis par les accompagnants aux personnes accompagnées.

**Si pris d'une manière globale, les effets des différentes PFIDASS paraissent homogènes, on remarque des différences notables lorsque l'on procède à une comparaison entre les caisses.** Les pourcentages relatifs au souvenir (ou à « la perception ») de l'accompagnement, à la satisfaction des assurés, à la réalisation des soins et/ou au sentiment de pouvoir désormais bénéficier de soins en cas de besoin, varient ainsi d'une caisse à l'autre. Alors que la configuration du dispositif paraît, de manière générale, fonctionnelle et adaptée pour prendre en charge les besoins des personnes qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins, **plusieurs facteurs peuvent participer à expliquer les différences :**

- L'intensité différenciée du portage du dispositif, en interne, et/ou les temps de mise en route des PFIDASS plus ou moins importants, en fonction des caisses ;
- Le cumul (en général pendant un temps seulement), dans certaines caisses, de la casquette de manager et de chef de projet PFIDASS par un même agent ; il semblerait que ces deux fonctions soient absolument nécessaires pour lancer la dynamique PFIDASS, de manière simultanée sur la plan stratégique et opérationnel ;
- L'irrégularité de la tenue des Comités d'analyse (qui sont un élément important du fonctionnement des PFIDASS car ils permettent de trouver collectivement des solutions et de faire avancer certains accompagnements compliqués) ;
- Le fait que les entretiens ait, dans certaines caisses, été conduits uniquement auprès de personnes détectées dans le cadre du diagnostic (facteur lié donc à l'enquête et non à la mise en œuvre des PFIDASS par les caisses).

Il paraît nécessaire de souligner que **le profil des publics des caisses (qui peut induire un profilage quelque peu différent du public des PFIDASS, surtout quand la détection du renoncement est réalisée principalement en interne)** peut également être une variable à prendre en compte pour expliquer certaines différences, tout comme les **considérations relatives à la nature, la disponibilité et la répartition de l'offre de soins sur les territoires.** Les paramètres « structurels » liés, en

particulier, à la disponibilité de l'offre de soins - notamment de premier recours - sur les territoires et aux coûts de certains soins viennent ainsi nuancer les résultats de certains accompagnements ; ils peuvent également gêner durablement l'accès aux soins de nombreuses personnes pour lesquelles les conditions de vie sont, et risquent de rester, fragiles.

**S'agissant des ressentis parfois contrastés des assurés qui ont pourtant été accompagnés par une même PFIDASS, on peut soumettre l'hypothèse selon laquelle la manière de conduire les accompagnements et/ou de déterminer l'autonomie des personnes et/ou de délivrer les messages, peuvent jouer un rôle.** Réaliser systématiquement une formation spécifique sur l'accompagnement PFIDASS, la qualification de l'autonomie, la posture, pourrait constituer un levier pertinent pour homogénéiser encore la conduite des accompagnements. Organiser un séminaire de travail entre des accompagnants de différentes caisses pourrait, en parallèle, permettre d'échanger sur les bonnes pratiques, sur les difficultés et les éventuelles solutions trouvées - ou à trouver - pour y faire face.

Au final, Il est intéressant de noter que les **échanges avec les assurés qui n'ont pas le souvenir d'avoir été accompagnés par les PFIDASS apportent des informations utiles pour faire évoluer certains aspects des plateformes.** Ils amènent, en premier lieu, à s'interroger sur la pertinence de certaines saisines et sur le fait qu'une partie des situations orientées vers les PFIDASS aurait pu être résolue sans l'intervention de celles-ci.

En second lieu, ils mettent en lumière **les besoins spécifiques de certains assurés** : par exemple, le fait que les personnes avec des difficultés à maîtriser le français (proportionnellement nombreuses parmi celles, dans certaines caisses, qui ne se souviennent pas d'avoir été prises en charge) pourraient avoir besoin que l'échange initial avec les professionnels des PFIDASS (voire les échanges suivants) aient systématiquement lieu « en face à face » et non par téléphone.

Enfin, ces échanges avec des assurés qui n'ont pas le souvenir d'avoir été accompagnés par les PFIDASS permettent de **porter le regard sur des points du dispositif PFIDASS qui pourraient être confortés** : par exemple, **l'uniformisation du degré d'information donné par les détecteurs** sur ce qui va se passer après la détection, et sur la nature de la prise en charge par les PFIDASS, pourrait possiblement aider les assurés à mieux percevoir la proposition d'accompagnement lorsque celle-ci leur est faite, mais aussi à faire davantage le lien entre cette proposition et les difficultés d'accès aux soins qu'ils rencontrent.

### Les PFIDASS, ce sont aussi selon les personnes interrogées ...

... Des dispositifs qui peuvent aider les assurés à dépasser certains « obstacles psychologiques » en matière de soins :

*« Pour être honnête, le dentiste et moi, ça fait deux... Donc le suivi (par la PFIDASS), ça me pousse à y aller, à suivre correctement mes soins. J'ai envie de montrer à cette dame que je suis investie »* F, 35 ans, en couple, en congé parental.

*« C'est surtout être là, c'est l'appui de la dame qui fait qu'on se motive ».* H, 50 ans, seule, sans emploi.

... Des dispositifs qui traduisent l'attention portée par l'institution à ses assurés :

*« Ce que ça m'a apporté aussi, c'est de voir que la CPAM portait de l'intérêt sur ma situation, sur les assurés, ça fait du bien ».* F, 32 ans, mariée, 1 enfant à charge, au RSA.

... Des dispositifs qui réconcilient certains assurés avec l'Assurance Maladie :

*« La CPAM prend en compte les difficultés, en me donnant la possibilité d'avoir un référent. Avant j'étais plus sceptique sur la CPAM. Quand j'y allais, c'était surchargé, les agents du coup étaient stressés. C'était à toute vitesse. Là, on a plus de relationnel ».* F, 41 ans, séparée, en recherche d'emploi.

... Des dispositifs que les assurés aimeraient voir se pérenniser et se déployer :

*« Il faut que ça dure ce service, ces équipes sont formidables, on ne change pas des équipes qui gagnent ! ».* F, 77 ans, seule, retraitée.

*« Je n'avais pas du tout conscience que la CPAM pouvait faire ça. On vient d'un autre département et ce n'était pas le cas. Ce serait super que ça existe partout.* F, 35 ans, en couple, en congé parental.

## **PARTIE II**

### **DESCRIPTION ANALYTIQUE DES PFIDASS**

#### **- ZOOM SUR UN PANEL DE CAISSES -**

Dans cette seconde partie du rapport, nous souhaitons entrer de manière fine dans le fonctionnement des PFIDASS et les choix faits, par plusieurs caisses, concernant leurs principales dimensions, à savoir :

- Leur configuration générale d'action ;
- Le recrutement des équipes ;
- L'accompagnement et la formation des accompagnants ;
- La détection du renoncement par les agents d'accueil ;
- Les relations des PFIDASS avec les partenaires internes à l'Assurance Maladie ;
- Les relations avec les partenaires externes ;
- Les instances d'échanges collectifs, stratégiques et opérationnelles.

Pour réaliser cette partie de l'accompagnement scientifique, nous avons porté le regard sur un échantillon de plateformes (Alpes-Maritimes, Aude, Bouches du Rhône, Charente, Hainaut, Meurthe et Moselle, Puy de Dôme, Somme), sélectionnées à partir de critères relatifs à :

- La taille des caisses, la volumétrie d'assurés ;
- La situation géographique ;
- La configuration générale des PFIDASS (périmètre d'intervention, cellule dédiée ou non...) ;
- Les premiers résultats quantitatifs des PFIDASS en termes de détections et d'accompagnements finalisés.

Ce faisant, il s'est agi de constituer un panel de PFIDASS représentatif - dans la mesure du possible - des 21 plateformes en cours d'expérimentation. Comme nous l'avons déjà précisé, en croisant les informations concernant les principales dimensions de ces 8 plateformes, il s'est agi de faire émerger des points communs et des différences, de noter des points d'originalité également.

Le matériau pour effectuer cette description analytique a été recueilli au travers d'entretiens téléphoniques individuels ou collectifs, conduits auprès :

- D'agents de direction des caisses du panel (dans 7 d'entre elles) ;
- De chefs de projet et/ou de managers des PFIDASS (dans les 8 caisses) ;
- D'accompagnants (dans les 8 caisses) ;
- De responsables du service Social (pour 2 territoires du panel<sup>15</sup>) ;
- De responsables du service Médical (ELSM) (pour 4 territoires du panel) ;

Toutes les catégories d'acteurs composant les PFIDASS n'ont pas été interrogées dans le cadre de la présente évaluation ; nous pensons notamment aux professionnels des CES et aux agents d'accueil détecteurs. Nous avons, en effet, souhaité nous concentrer sur les catégories qui avaient été moins approchées dans les précédents travaux menés dans le Gard. Pour autant, des éléments relatifs aux relations des PFIDASS avec le CES et à la détection par les agents d'accueil sont présents dans cette partie, les enquêtés ayant été questionnés sur ces dimensions.

Dans cette partie, nous avons choisi de nous appuyer pleinement sur la parole des acteurs qui construisent quotidiennement les PFIDASS et les accompagnements.

<sup>15</sup> Notre demande d'entretien n'ayant pas abouti dans deux autres territoires concernant le service Social.

## 2.1. Le fonctionnement général, les configurations d'action et le recrutement des équipes

### A PROPOS DU FONCTIONNEMENT GENERAL ET DE LA CONFIGURATION D'ACTION DES PFIDASS

#### Les points communs entre les caisses du panel

- Des dispositifs constitués de détecteurs et d'accompagnants ; en interne, des services/professionnels associés à la détection globalement identiques (agents d'accueil, service Social, service Médical, CES, autres services/professionnels des caisses (prestations, CMU, ASS, conciliation, ...) ;
- Le choix d'avoir un interlocuteur « référent » pour chaque personne accompagnée, quel que soit le type de configuration organisationnelle retenue :
  - « Malgré la logique de non-spécialisation, les personnes sont suivies par un seul accompagnant quand même. « C'est d'ailleurs très important pour elles de suivre de bout en bout leurs dossiers ». Equipe d'encadrement Santé PASS, Aude.
  - « Les assurés accompagnés dans le cadre de la PFIDASS gardent le même conseiller tout au long de l'accompagnement, sauf cas exceptionnel, quand un délégué est absent par exemple ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.
- La mise en place de circuits de travail entre les PFIDASS et les principaux services des caisses :
  - « Nous avons des circuits internes pour traiter les dossiers PFIDASS, pour tous les services de la caisse (aide financière, traitement dossier CMU en 10 jours par exemple). C'est pertinent car les délais sont longs en principe et, dans le cadre de la PFIDASS, les situations des assurés sont souvent urgentes ». Accompagnantes, Bouches du Rhône.
- Et/ ou la désignation de référents « PFIDASS » dans les services :
  - « Un contact ou un référent métier est identifié dans chaque service afin de permettre une réactivité importante sur le traitement de demandes orientées par le Pôle ARIANES ». Accompagnante, Somme.
  - « Nous avons plusieurs référents dans les services pour poser des questions techniques ». Accompagnante, Hainaut.
- Le rattachement des PFIDASS dans les équipes/pôles/départements/centres qui, au sein des caisses, gèrent les actions PLANIR et/ou les missions afférentes aux publics en situation de précarité et/ou les actions préexistantes en matière d'accès aux soins :
  - « Nous avons rattaché la cellule ARIANES au Pôle CMU. Sur le site, il y a aussi l'ASS et le CES. Tout est regroupé. Je pense que c'est important pour faciliter la circulation d'information, les échanges de pratiques ». Direction, Somme.
  - « Je signale, dès à présent, que nous sommes en train de mettre en place à la CPAM du Hainaut un département « Lutte contre la précarité ». Le nom du département n'est peut-être pas définitif. La PFIDASS prend place dans ce département. Il y a aussi la LUP, le chargé de mission PLANIR et partenariat, l'ASS... ». Direction, Hainaut.

#### Des différences entre les caisses du panel

- Une cellule PFIDASS « dédiée » et « centralisée » dans 5 caisses (Bouches du Rhône, Charente, Hainaut, Puy de Dôme, Somme), avec un chef de projet et un manager (dans une caisse, ces deux fonctions ont été occupées par un même agent pendant un temps) :
  - « Nous avons fait le choix, pour PFIDASS, d'une organisation dédiée et centralisée ». Direction, Hainaut.
  - « Nous avons créé une cellule dédiée, la PFIDASS est un service à part entière ». Direction, Charente.
  - « Dans la Somme, nous avons fait le choix d'une structure dédiée, avec des conseillers chargés de gérer les accompagnements de bout en bout. Nous avons 2 conseillers au démarrage, désormais 3 depuis décembre ». Equipe d'encadrement ARIANES, Somme.
- Une PFIDASS fonctionnant à partir d'une logique de non-spécialisation des agents et avec un management collaboratif (Aude) :
  - « Nous avons une logique de non-spécialisation des agents accompagnants. On a regardé les compétences nécessaires

*et on a fait un appel aux différents services – accueil, CMU, gestion des bénéficiaires, action sanitaire et sociale... Chacun a élu en son sein une personne volontaire pour participer aux accompagnements ». Equipe d'encadrement Santé PASS, Aude.*

- Les délégués sociaux « volontaires » de la Plateforme sociale chargés de conduire les accompagnements PFIDASS (Meurthe et Moselle) ; un manager qui, pendant un temps, a également rempli les fonctions de chef de projet :

*« En Meurthe et Moselle, nous n'avons pas d'équipe dédiée pour la PFIDASS. Les délégués gèrent les accompagnements en plus de leur permanence dans différentes structures, d'animation d'ateliers dans des Missions Locales sur l'accès aux droits, du traitement des dossiers qu'ils ramènent de ces permanences, du traitement de leurs messages Médialog et des dossiers particuliers adressés sous format dématérialisé par des partenaires ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

- Une cellule dédiée initialement, mais des accompagnants qui ont progressivement intégré des missions complémentaires ; un manager PFIDASS et un chef de projet, puis un second cadre de proximité pour superviser plus spécifiquement les missions complémentaires :

*« Nous avons élargi le champ d'action des conseillers PFIDASS. Ceux-ci gèrent une partie des actions labellisées PLANIR et assurent le suivi des victimes de l'attentat du 14 juillet dernier. Ils font donc face à une charge de travail importante ; d'ailleurs, les conseillers étaient au nombre de 4 au départ, et sont 6 à l'heure actuelle ». Direction, Alpes Maritimes.*

- En fonction de la configuration du dispositif, un temps de travail consacré par les accompagnants à la PFIDASS différent :

*« Nous avons des agents dédiés à 100% ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« Elles sont à l'heure actuelle 4, mais ne consacrent pas tout leur temps de travail au dispositif (0,4 ETP chacune) ».*

*Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« L'ensemble des techniciens de la PFIDASS se répartit et se relaie sur la prise en charge des accompagnements et de l'attentat. Au départ, nous avons 5 agents PFIDASS, après l'attentat, nous avons eu un technicien de plus ainsi qu'une nouvelle cadre afin de pouvoir assurer le suivi des deux actions ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

### **Des points originaux, des choix spécifiques dans certaines caisses**

- Dans une caisse, les accompagnants PFIDASS instruisent les dossiers « courants » de CMU C/ACS :

*« Elles liquident les dossiers CMU C/ACS, si ce sont des dossiers courants pour des techniciens. Elles ont recours aux services si ce sont des cas plus complexes ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- Dans une caisse, les accompagnants PFIDASS instruisent les dossiers de CMU C/ACS et les demandes d'ASS :

*« Les accompagnants peuvent, si nécessaire, procéder à un premier rendez-vous en accueil physique, à l'instruction si besoin des dossiers CMU C/ ACS et des demandes d'ASS, puis assurent l'ensemble du suivi. C'est une spécificité au sein de notre CPAM d'avoir des agents en relations directes avec les assurés qui s'occupent eux-mêmes de l'instruction des droits CMU C/ ACS et du traitement des demandes d'aides exceptionnelles ». Equipe d'encadrement PASS, Hainaut.*

- Dans une caisse, la PFIDASS articule son action avec deux autres dispositifs qui interviennent spécifiquement sur l'accès aux soins et à la santé :

*« Il existe le « Relais Santé » qui fonctionne, depuis 1993, avec des co-financements extérieurs (Conseil départemental, Ville de Clermont, Clermont communautés, ARS, DGCS). L'équipe pluridisciplinaire du Relais Santé (coordonnatrices médico-psycho-sociales, médecin, psychologue) travaille sur orientations de partenaires médico-sociaux et accompagne les personnes en situation de fragilité vers la prise en charge de leur santé dans l'optique de les rendre autonomes dans leur rapport à la santé et aux soins. Cet accompagnement aide à une réinsertion sociale et professionnelle (...). Il a fallu expliquer la création de la PFIDASS aux professionnels du Relais pour éviter les amalgames ; les choses sont facilitées par le fait que je suis responsable des deux dispositifs (...). Les partenaires du Relais Santé (environ une soixantaine) connaissent bien le dispositif, il a donc fallu leur présenter la PFIDASS, son positionnement par rapport au Relais, son champ d'intervention... (...). Sur le Centre Pasteur, on trouve également le Cap santé jeunes. L'équipe est formée de*

*médecins, infirmières-puéricultrices et psychologue et accompagne les jeunes de moins de 16 ans sur les questions relatives à leur santé. La PFIDASS ne suit donc pas les moins de 16 ans. PFIDASS et Cap santé jeunes sont également très complémentaires ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.

## A PROPOS DU RECRUTEMENT DES ACCOMPAGNANTS

### Les points communs ou de convergence entre les caisses du panel

- Un recrutement, en interne, à partir d'appels à candidatures « ouverts » s'agissant des « cellules dédiées » ou sur la base du volontariat pour les autres configurations :
  - « *Le recrutement des accompagnants s'est fait à partir d'un appel à candidatures lancé dans l'ensemble de la caisse.* Direction, Charente.
  - « *Chaque service auxquels on a fait appel a élu en son sein une personne volontaire pour participer aux accompagnements.* » Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.
- La recherche de « savoir-être » tout autant - sinon plus - que de « savoir-faire » :
  - « *Nous pensons qu'il faut, pour être accompagnant PFIDASS, des capacités techniques et relationnelles.* » Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.
- La recherche de qualités relationnelles spécifiques dont, en premier lieu, l'écoute et l'empathie :
  - « *Pour la PFIDASS, la question du « profil » est importante : nous avons cherché des personnes pouvant faire preuve d'empathie.* » Direction, Somme.
- La recherche de candidats souhaitant prendre en charge des situations complexes :
  - « *Le plus important finalement, nous semble être l'aspect « social », je veux dire par là la volonté de prendre en charge des situations complexes.* » Direction, Puy de Dôme.
- La recherche de candidats capables de distanciation :
  - « *Nous voulions des personnes à l'aise et capable de prendre du recul sur les situations.* » Direction, Charente.
- L'attention portée au parcours professionnel des candidats :
  - « *On a aussi pris en compte les parcours des agents au moment du recrutement.* » Direction, Puy de Dôme.
  - « *L'une [des accompagnantes] avait travaillé au CCAS de la Ville d'Amiens, c'est une expérience utile dans le cadre de la PFIDASS. Pour le 3<sup>ème</sup> recrutement (...), nous avons pris quelqu'un qui était en CDD au pôle CMU et qui, par le passé, avait travaillé à la commission sociale chez EDF-GDF, chez Pôle emploi, dans un office HLM... ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.
- Le choix d'agents ayant des profils complémentaires :
  - « *Au sein de la PFIDASS, nous avons deux conseillères. Une était technicienne ASS, l'autre téléconseillère. Elles ont des compétences complémentaires, une plus technique et sur la réglementation des aides financières, l'autre a une bonne connaissance de la caisse dans son ensemble.* » Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.
  - « *Concernant les deux premières conseillères (...), une vient du pôle CMU, la seconde de la Plateforme de services (...). Le jumelage des compétences des deux agents est très intéressant.* » Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

### Des différences entre les caisses du panel

- Un appel à candidatures « sans niveau » dans quelques caisses :
  - « *S'agissant du recrutement, nous avons fait le choix de ne pas privilégier le niveau des agents. Nous avons d'ailleurs recruté une personne qui venait à peine de rentrer dans l'organisme.* » Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

« Nous avons, en outre, eu des candidatures de personnes qui avaient une expérience dans l'organisme et d'autres qui en avaient peu ». Direction, Somme.

- Insister sur le caractère durable du poste ou faire un appel à candidature pour une mission d'un an :

« Nous leur avons dit que l'investissement serait sur le long terme, que l'équipe devrait se sentir concernée, impliquée (...). Dès le départ, notre intention était que cette expérimentation s'inscrive dans le temps ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

« Nous n'avons pas eu autant de candidatures (7/8) que nous l'aurions imaginé, il faut dire que nous étions dans le cadre d'une candidature pour une mission d'un an et non pour un poste. Cela a peut-être freiné certains agents ». Direction, Charente.

- Le fait de choisir ou non des candidats ayant un diplôme ou une expérience en travail social :

« Nous n'avons pas souhaité prendre des personnes qui avaient eu, un jour, le rêve de devenir assistante sociale. Dès le départ, nous nous sommes dit qu'accompagnant PFIDASS, ce n'est pas travailleur social ». Direction, Charente.

« Le profil, dans notre idée, c'était aussi des personnes qui avaient pu avoir (...) des expériences de bénévolat. L'idée était de valoriser des compétences et des parcours antérieurs. Nous avons d'ailleurs recruté une technicienne qui a un diplôme d'AS. Parce que tout ça traduit une fibre, un ensemble de valeurs ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

### **Des points originaux, des choix spécifiques dans certaines caisses**

- Faire précéder l'appel à candidatures d'une réunion d'information pour expliquer la raison de la mise en œuvre d'une PFIDASS dans la caisse, les attendus du poste...

« Avant l'appel à candidature, nous avons fait une réunion d'information auprès de tous les candidats pour bien leur expliquer en quoi allait consister la PFIDASS, les attendus... ». Manager, Alpes-Maritimes.

## 2.2. L'accompagnement PFIDASS et la formation des accompagnants

### A PROPOS DE L'ACCOMPAGNEMENT TEL QUE MIS EN ŒUVRE AU SEIN DES PFIDASS

#### Les points communs ou de convergence, entre les caisses du panel

- Le fait de recontacter les personnes rapidement après la détection, et le premier contact entre l'accompagnant PFIDASS et l'assuré, sont deux éléments pensés comme essentiels pour faire adhérer les personnes à l'accompagnement et leur donner confiance dans la capacité d'action des PFIDASS :

*« Concernant la PFIDASS, plus vite on prend en compte les assurés, moins on les perd. Nous nous donnons pour objectif de recontacter les personnes détectées dans les 48h. Derrière, c'est aussi la relation de confiance qui est en jeu. Et tout au long des accompagnements, il faut éviter des allers retours trop longs pour ne pas perdre les personnes ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Une chose est sûre, c'est que nous devons rappeler les personnes dès qu'on est sollicité. La rapidité du 1<sup>er</sup> contact est essentielle. Les assurés disent : « d'habitude, c'est long, mais là non ». Ça donne de la crédibilité au dispositif. Le premier contact est notamment très important, pour instaurer un climat de confiance. Il ne se fait toutefois pas forcément en physique ». Direction, Somme.*

- Les accompagnements se structurent autour de quelques grandes étapes qui en constituent, pour tous les accompagnants, le « squelette » :
  - Réception/ analyse de la saisine,
  - Bilan des droits/ 1<sup>er</sup> contact avec l'assuré/ recueil du consentement ;
  - Préparation du plan d'actions/ soumission à l'assuré ;
  - Réalisation de l'accompagnement ;
  - Clôture / vérification de la réalisation des soins.

*« A la réception d'un dossier, on le parcourt pour identifier s'il y a par exemple plusieurs renoncements aux soins et voir le contexte. La 1<sup>ère</sup> action est une prise de contact avec l'assuré : on a un échange de 30 minutes pour préciser notre mission, se présenter, recueillir le consentement, avoir des éléments sur la famille, les revenus... et ainsi aider à préparer le plan d'action. On définit le plan d'actions et on propose à l'assuré l'accompagnement, pour qu'il soit au courant de la démarche ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

- Le fait d'avoir un dernier contact avec les personnes pour savoir si elles ont effectivement réalisé leurs soins et, plus globalement, en quoi l'accompagnement leur a été utile, est une étape importante pour tous les accompagnants ; elle n'est cependant pas toujours évidente à mettre en œuvre :

*« C'est important de rappeler les personnes pour savoir si notre travail a servi à quelque chose et il y a la notion de contrôle, de vérifier qu'ils sont allés jusqu'au bout. Ce n'est pas toujours évident car il peut y avoir un temps long entre une aide débloquée pour des soins et leur réalisation effective ». Accompagnantes, Bouches du Rhône.*

*« Il peut y avoir une difficulté à maintenir un contact avec les personnes accompagnées pour s'assurer que les soins ont été réalisés pour clôturer les accompagnements (malgré l'envoi de mails, les appels sortants). L'alternative est une vérification grâce à un outil en interne ». Accompagnantes, Aude.*

- Tous les accompagnants ont conscience que la détermination du degré d'autonomie est importante pour se positionner de manière adaptée par rapport aux personnes, les accompagner de manière efficace et améliorer potentiellement leur autonomie par rapport au système d'Assurance Maladie et de soins :

*« La qualification de l'autonomie a des conséquences sur l'accompagnement : ça permet de l'adapter, d'appeler plus fréquemment les personnes qui en ont besoin... ». Accompagnante, Hainaut.*

*« Les personnes deviennent autonomes quand on leur explique les choses, quand on leur décrit chaque étape à faire pour leurs soins ». Accompagnante, Puy de Dôme.*

- La nature des actions mises en œuvre dans le cadre des accompagnements est globalement similaire d'une PFIDASS à l'autre :
  - Actions relatives aux droits de base ;
  - Actions relatives à la complémentaire (CMU C/ACS et autres OC) et à son usage ;
  - Actions relatives à la guidance/l'orientation vers, ou dans, le système de santé et à son usage ;
  - Actions de nature « financière ».

*« On fait de l'accès aux droits de base, on travaille sur la couverture complémentaire, on fait de la guidance : quels professionnels de santé solliciter ? On peut donner des numéros de téléphone, indiquer s'il y a des dépassements d'honoraires, orienter vers amelidirect.fr... Il y a aussi toute la partie aide financière ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

*« Les accompagnants agissent principalement sur la question du médecin traitant, le renouvellement de CMU C, l'ouverture de droits ACS, le choix de contrats complémentaires (l'aide à la mutualisation), la mise à jour du dossier Client de l'assuré, le cas échéant, construisent un montage financier (aides du service ASS – prestations sociales exceptionnelles, mais aussi fonds mutuelles divers) ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

- La question de la complémentaire (accès ou adaptation) est pensée comme un point majeur des accompagnements PFIDASS, en particulier pour certaines catégories de personnes - celles qui sont en difficulté pour utiliser leur chèque ACS, celles qui dépassent à peine le seuil de cette prestation, celles qui se trouvent dans des situations de surendettement, les sortants de l'ACS et les sortants de la CMU C avec une gestion Etat :

*« Un point très important est celui de l'accès à un organisme complémentaire ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

*« La question de la complémentaire est importante, notamment pour les personnes « victimes » des seuils CMU C/ACS ou pour lesquelles il existe un reste à payer dans le cadre de l'ACS, pour celles, enfin, qui n'ont pas utilisé leur chèque ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

*« Il y a une difficulté aussi avec le public « surendetté » (voire endetté) qui est en général hors plafond CMUC/ACS, mais qui a pourtant de grosses difficultés financières. Pour la CASS, on les met hors barèmes, mais pour le reste... L'adaptation de l'OC n'est donc pas toujours facile. On essaie de faire du « sur mesure ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

- Le positionnement des PFIDASS quant au fait d'éclairer le choix des personnes concernant leur complémentaire, en prenant garde de ne pas choisir à leur place, est commun :

*« Pour ne pas influencer l'assuré on lui propose un panel de trois offres à minima, en fonction de ses besoins, de la proximité. On essaie d'éclairer leurs choix, en partant des besoins ». Equipe d'encadrement, Alpes-Maritimes.*

*« On ne fait pas d'orientation vers une complémentaire plutôt qu'une autre. Il faut toujours laisser à l'assuré un papier suite au RDV, où il retrouve les différents choix de mutuelle. Le choix revient à l'assuré. Notre rôle est de renseigner l'assuré sur les mutuelles, en partant par exemple du simulateur pour l'ACS, qui permet par exemple de regarder si une mutuelle a un fonds social pour les personnes qui ont de gros restes à charge ; pour ceux hors ACS, nous les aidons à décrypter les devis (donner des exemples de remboursement avec un outil de reste à charge, décliner les garanties de chaque mutuelle... ». Accompagnante, Hainaut.*

- Les accompagnants se confrontent à des difficultés identiques sur cette question de l'accès à une complémentaire et de l'adaptation des contrats ; ils peinent parfois à se repérer dans la multiplicité des contrats et des garanties et à trouver des contrats adaptés aux besoins et aux revenus de certains publics ; ils ont toutefois le sentiment que leurs connaissances et leurs compétences se sont déjà accrues en la matière :

*« Dans le cas de l'ACS, ce n'est pas simple de ne pas citer de mutuelles. Il y a des groupes de mutuelles, mais ça ne parle pas à l'assuré. Citer des noms est plus parlant mais il ne faut pas privilégier un organisme par rapport à un autre. L'autre difficulté actuellement est relative aux difficultés qu'ont les accompagnants à se retrouver dans la complexité des contrats et des disparités de fonctionnement des organismes complémentaires « même s'il y a un travail de partenariat avec la Mutualité Française (on a par exemple des liens avec deux Fonds sociaux de mutuelles). Mais il y a beaucoup d'autres acteurs qui ne sont pas la Mutualité. Les accompagnants ont à disposition le comparateur de l'UFC Que choisir ? ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« Il y a une augmentation des compétences dans l'équipe sur la capacité à décrypter les contrats et se repérer ».* Accompagnant, Alpes-Maritimes.

- Les outils dont disposent les accompagnants pour agir sur la question de l'accès à la complémentaire ou de son adaptation se recoupent :
  - Les accompagnants prennent appui sur leurs réseaux d'interlocuteurs au sein des organismes mutualistes :

*« On s'aide des contacts directs au sein des mutuelles (pour avoir un devis rapide, connaître les couvertures) ».* Accompagnante, Bouches du Rhône.

- Ils utilisent des outils (informatiques ou non) permettant de faire des simulations, de comparer des contrats... :

*« En ce qui concerne l'orientation vers une complémentaire, on utilise l'outil d'aide au choix d'un OC, dans le cadre de l'ACS. On voit d'abord avec l'assuré quels sont ses besoins, puis on regarde par rapport aux garanties A, B ou C ».* Direction, Charente.

*« On a un outil Excel qui permet d'aider le choix des personnes en fonction de plusieurs critères (âge...) et de leur donner un coût mensuel, pour les rassurer. Ça peut être un déclencheur pour les personnes. On a aussi un outil Excel qui calculent le coût des soins pour une personne sur une année et qui compare à une cotisation d'une mutuelle, pour montrer les économies qu'une cotisation permettrait ».* Accompagnant, Alpes-Maritimes.

*« Parmi les leviers mobilisés, il y a l'abonnement à UFC Que choisir ? qui permet un comparatif ».* Accompagnantes, Aude.

- Les accompagnants interrogés dans le cadre du panel ont globalement le sentiment d'avoir des outils pour apporter des réponses aux difficultés d'accès aux soins rencontrées par la plupart des personnes qu'ils accompagnent :

*« On arrive à trouver des solutions. C'est encourageant, ça montre la pertinence du service ».* Accompagnante, Puy de Dôme.

- Certaines situations peuvent cependant laisser les accompagnants communément « démunis », par exemple lorsque, malgré l'adaptation du contrat complémentaire, le coût de la cotisation reste difficile à assumer par les personnes ou lorsque les soins renoncés sont hors nomenclature... :

*« Pour les situations où l'on n'a pas de solution à proposer, que l'on doit clôturer et annoncer à l'assuré qui attend après l'accompagnement. Par exemple, les situations d'assurés qui renoncent à des soins non pris en charge par l'Assurance maladie voire par les mutuelles ».* Accompagnante, Charente.

- De manière générale, les accompagnants ressentent tous une grande satisfaction par rapport à la mission qu'ils remplissent dans le cadre des PFIDASS ; cette satisfaction provient en particulier :

- Des résultats obtenus au travers des accompagnements (en termes de réalisation des soins, de « coup de pouce » dans les parcours de vie, de renforcement de l'autonomie des personnes par rapport aux soins) :

*« Voir la réussite d'une personne qui se fait soigner, voir les sourires, comme quand une famille entière a pu pas avoir des lunettes alors qu'elles n'en avaient pas les moyens financiers ».* Accompagnante, Puy de Dôme.

*« S'apercevoir qu'à la fin de l'accompagnement les assurés ont été acteurs pour se soigner; qu'ils ont une meilleure compréhension du système de soins ».* Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.

*« La satisfaction du résultat obtenu lorsque les soins sont réalisés ou qu'une personne explique qu'elle se reprend en main, qu'elle a eu un déclic ».* Accompagnantes, Hainaut.

- Du sentiment d'apporter un service complet aux personnes :

*« Au-delà de cela, le dispositif est très intéressant car ils apportent un plus à nos agents. Les délégués sociaux ont, par exemple, l'impression d'apporter un service supplémentaire, un plus, à la population accompagnée ».* Direction, Meurthe et Moselle.

- Du fait d'avoir du temps à consacrer aux personnes :

*« C'est un suivi qui s'inscrit dans le temps. A l'inverse de l'accueil où on est limité dans le temps. C'est plus confortable pour nous et pour les personnes que nous accompagnons ». Accompagnante, Aude.*

- De la relation « privilégiée » aux assurés et de la possibilité de prendre en charge leur situation dans sa globalité :

*« Par rapport à la PFS, traiter un appel de 4 minutes et un accompagnement de plusieurs mois, il n'y a pas de comparaison. Ce n'est pas la même implication pour nous. A la PFS, un appel c'est juste un dossier de plus, alors qu'un accompagnement, c'est des gens qu'on suit. Une relation se met en place. On connaît beaucoup plus de choses sur eux. Ce ne sont pas juste des dossiers, ni des numéros ». Accompagnante, Charente.*

*« On apprécie de gérer la situation d'une personne de A à Z, contrairement aux anciens postes, dans lesquels il y avait de la frustration ». Accompagnantes, Bouches du Rhône.*

- Du fonctionnement transversal des PFIDASS qui permet de « mettre le doigt » sur de potentiels blocages :

*« La caisse a une organisation cloisonnée et la PFIDASS a un rôle transversal. On peut éviter qu'un grain de sable ne bloque la machine ». Accompagnant, Alpes-Maritimes.*

- Du travail en partenariat :

*« Le plaisir du travail en partenariat. le travail d'orientation peut mener à un accompagnement global pour la personne et nous avons donc aussi un rôle de détecteur ». Accompagnantes, Aude.*

- Du sentiment d'être des professionnels « humains » et « humanisés » :

*« On visualise les personnes, on ne fait pas un traitement anonyme, ce ne sont pas des feuilles de soins. C'est important, c'est ce qui fait qu'on prend à cœur notre métier. Ça concrétise l'action que l'on mène. Il y a tout ce côté humain, on n'est pas des robots ». Accompagnantes, Bouches du Rhône.*

- Du sentiment que l'Assurance Maladie apporte une réponse pertinente aux difficultés d'accès aux soins :

*« Dans mon expérience passée au CCAS, je voyais que tous les interlocuteurs du social sont confrontés aux problématiques d'accès aux soins et aux difficultés d'accompagnement sur ce plan. Peu de choses existent ou de services qui coordonnent les réponses. Or ARIANES centralise les outils sur ce plan ». Accompagnante, Somme.*

- Du sentiment de contribuer à améliorer la relation entre l'Assurance Maladie et les assurés :

*« On a le sentiment de contribuer aux nouvelles missions de l'assurance maladie et ainsi d'améliorer la relation entre l'assurance maladie et les assurés ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

- o Tous les accompagnants s'interrogent sur les « abandons » (en tout cas ce qu'ils qualifient comme tels) et sur les raisons qui amènent certaines personnes à ne plus donner de nouvelles, au début ou en cours d'accompagnement :

*« La seule difficulté c'est pour les accompagnements qui sont abandonnés en cours, ça nous marque. Et plusieurs assurés ne donnent pas suite une fois que l'accompagnement est défini, sans que l'on sache pourquoi : se sentent-ils contraints ou trop sollicités de notre part ? Comprennent-ils cette nouvelle mission de l'Assurance maladie ? ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

*« Quand l'accompagnement a bien démarré mais qu'il n'y a plus eu de contact, c'est difficile parce qu'on n'a pas d'explications sur pourquoi l'accompagnement s'arrête ». On a plusieurs situations où les personnes ne répondent plus aux relances. On a des procédures de relance précises : 4 contacts sortants à quelques jours et semaines d'intervalle et si pas de réponse, on clôture l'accompagnement et on en informe l'assuré ». Accompagnant, Charente.*

*« Lorsque les dossiers des personnes avancent (ouverture de la CMU C...) mais qu'elles ne sont plus joignables et qu'elles ne vont pas au bout des soins, c'est difficile car on a ou on veut faire des choses pour ces personnes. Dans ces situations, on appelle 3-4 fois en laissant des messages, on envoie un courrier demandant de rappeler avec les coordonnées, et si pas de réponse, on renvoie un courrier indiquant la clôture prochaine de l'accompagnement ». Accompagnante, Hainaut.*

### Des différences entre les caisses du panel

- Les agents qui accompagnent les personnes dans le cadre des PFIDASS « qualifient » différemment :
  - Leur fonction au sein de ces dispositifs :

Aude	« Accompagnante à Santé PASS ».
Hainaut	« Accompagnante à l'accès aux soins ».
Somme	« Conseillère accompagnante ».
Puy de Dôme	« Conseillère à l'accès aux soins ».
Alpes-Maritimes	« Technicien » ou « conseiller ».
Bouches du Rhône	« Conseillère PFIDASS ».
Charente	« Accompagnante PFIDASS ».
Meurthe et Moselle	« Déléguée sociale ».

- Les objectifs qu'ils poursuivent au travers des accompagnements :

Aude	« Permettre à la personne de réaliser ses soins. Au-delà, il y a la question de connaître ses droits, pour que les personnes à la fin de l'accompagnement soient plus averties, qu'elles sachent où s'orienter, où aller chercher de l'information, comment lire un contrat de mutuelle... ».
Alpes Maritimes	« Permettre à chacun de faire valoir ses droits à l'accès à la santé et de laisser personne sans soin. Au-delà de l'accès aux droits, s'assurer que les personnes savent utiliser leurs droits ».
Hainaut	« Faire accéder à tous leurs droits les assurés par le biais d'un dispositif d'accompagnement, afin qu'ils aient accès aux soins, jusqu'à la réalisation des soins ».
Bouches du Rhône	« Permettre aux personnes de se soigner ».
Puy de Dôme	« S'assurer que les personnes vont au bout de leurs soins ».
Charente	« Accompagner les assurés qui ont des difficultés dans l'accès aux soins et trouver des solutions ensemble ».
Somme	« Permettre aux assurés d'accéder aux soins et de lever tous les freins possibles à l'accès aux soins et à leurs droits ». Complémentarité entre l'accès aux soins et les droits. Intervention ne se limite pas aux droits santé mais aussi aux autres droits (RSA, PCH...), qui peuvent venir régler des difficultés d'accès aux soins ».

- Ces différences dans les mots et les représentations peuvent traduire/induire/suggérer des différences dans le rapport aux assurés et/ou dans le positionnement du « curseur » quand à la « destination » des accompagnements PFIDASS et/ou dans les moyens mobilisés pour atteindre cette destination ;
- La détermination du degré d'autonomie des personnes accompagnées, pensée communément comme importante, se fait de manière très différente d'un accompagnant à l'autre :
  - Certains accompagnants déterminent le degré d'autonomie principalement au contact de l'assuré, de manière intuitive :

« Le degré d'autonomie est visible au contact de l'assuré ». Accompagnant, Alpes-Maritimes.

« On voit tout de suite les personnes qui ne sont pas autonomes. Ce sont celles pour qui les papiers et tout ce qui est administratif est compliqué, qui vont nous appeler et nous redemander si le dossier avance ». Accompagnant, Puy de Dôme.

- Pour d'autres, la détermination procède « par étapes » et le degré d'autonomie peut être précisé, voire réévalué, au fil de l'accompagnement :

*« Ce n'est pas toujours évident d'évaluer les degrés d'autonomie lors des premiers échanges téléphoniques : ça s'évalue en continu ». Accompagnante, Aude.*

*« L'autonomie peut être évaluée au départ mais c'est surtout pendant le 1<sup>er</sup> échange téléphonique puis l'accompagnement. Il faut se méfier de l'évaluation de départ, car quand on donne les clés, les personnes sont plus en capacité de faire seules ». Accompagnante, Somme.*

*« Je fais une évaluation en 2 temps : la qualification se fait au ressenti, dès le premier entretien téléphonique. Je vois si la personne est capable de gérer les papiers, si elle est entourée, si elle parle bien le français... Puis, je fais une évaluation lors de la première démarche, si elle nous sollicite, si elle est indépendante dans les démarches... ». Accompagnantes, Bouches du Rhône.*

- o Pour réaliser cet exercice, les précédentes expériences professionnelles des accompagnants, tout comme les échanges au sein des équipes et avec les encadrants PFIDASS, constituent des points d'appui majeurs :

*« On n'a pas de formation sur ce plan, mais on échange entre les 2 collègues et le responsable d'ARIANES ». Accompagnante, Somme.*

*« De par le parcours de chacun, mon engagement dans le milieu associatif, l'éducation... ça donne une habitude de l'écoute, une sensibilité pour déterminer jusqu'où aller pour accompagner les personnes. Pas de formation particulière ni de nécessité de quelque chose de formel pour qualifier l'autonomie ». Accompagnant, Alpes Maritimes.*

*« Nous n'avons pas de difficulté à qualifier l'autonomie : avoir un diplôme de service social est un bagage professionnel qui permet de se retrouver dans ces situations. Une aide pourrait être utile pour quelqu'un qui n'a jamais fait d'accompagnement semi-social, comme je le qualifierais ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

- o Les critères et/ou « indices » - présents dans les dossiers administratifs, dans les fiches de saisine, collectés ou perçus également lors des échanges avec les personnes - et qui sont pris en compte par les accompagnants pour déterminer le degré d'autonomie ne se recoupent que partiellement :

*« Les critères c'est par exemple s'il y a des problèmes de déplacement, des difficultés pour faire des démarches ou comprendre les droits... ». Accompagnante, Aude.*

*« On peut voir si la personne est en capacité de prendre un RDV, si un dossier revient rapidement ou non, si la personne est réceptive aux informations... ». Accompagnante, Charente.*

*« Il y a des indices pour mesurer l'autonomie, dès la saisine : quand le motif de renoncement est « démarche compliquée », si la personne est notée comme « analphabète »... Puis, lors de l'entretien téléphonique : si la personne dit ne pas être à l'aise avec les démarches, si elle ne sait pas comment appeler les professionnels de santé... ». Accompagnante, Hainaut.*

- o Les accompagnements « mixent » généralement échanges téléphoniques, rencontres en « face à face » et/ou contacts mails, mais les dosages entre ces « modes de contact » ne sont pas identiques en fonction des caisses :

*« Nous privilégions le face à face. Ça porte plus ses fruits. La plupart des accompagnements a été fait ainsi. Quelques-uns se passent par téléphone mais les filles trouvent que c'est plus compliqué pour récupérer les papiers, les pièces justificatives... Et quand il y a besoin d'appeler les professionnels de santé, c'est bien aussi de pouvoir le faire sur le moment quand on est avec la personne. Il y a des limites au téléphone. La relation n'est pas la même, pour tisser le lien de confiance notamment. Tout dépend aussi du contenu de l'accompagnement ». Manager, Puy de Dôme.*

*« S'agissant des accompagnements, je pensais qu'on se déplacerait plus. Mais on fait beaucoup par téléphone. On a des rendez-vous bien sûr ». Direction, Somme.*

*« On essaie de voir tous les assurés au moins une fois physiquement. La plus-value est dans la relation de confiance, des choses ne se disent pas au téléphone. Les personnes sont plus à l'aise, elles dévoilent leurs problèmes autres que sur la santé parfois. Pour les personnes plus autonomes, on a davantage de contacts par téléphone et mails ». Accompagnant, Alpes-Maritimes.*

- o La nature des actions mises en œuvre dans le cadre des accompagnements est globalement similaire d'une PFIDASS à l'autre, mais les moyens employés pour réaliser certaines actions peuvent différer :

- S'agissant de la guidance dans le parcours de soins, certains accompagnants prennent les rendez-

vous médicaux pour les personnes, quand d'autres ne le font pas ; il peut arriver, dans certaines caisses, que des agents accompagnent physiquement les personnes chez les professionnels de santé :

*« On prend les RDV et on accompagne au RDV médical, si besoin. Par exemple, dans le cadre d'accompagnements pour les personnes ayant la CMU C, en situation de surendettement et avec un devis ayant des soins non remboursables ». Accompagnante, Puy de Dôme.*

- Dans le cadre des montages financiers, la pratique de négociation des devis reste plutôt exceptionnelle s'agissant des caisses du panel ; une caisse procède à des négociations, une autre le fait aussi, mais seulement auprès de catégories précises de professionnels de santé (cf. sous-partie du rapport afférente aux PS) :

*« On peut discuter avec les dentistes pour négocier les prix ou les modalités de paiement. On fait des négociations avec les opticiens et audioprothésistes : on est habitués à le faire donc ça se passe bien, on arrive à faire baisser le prix des devis. En général, on demande à l'assuré de le faire en premier mais souvent ça ne mène à rien, le professionnel refuse et la démarche s'arrête là. Donc on prend le relais ». Accompagnante, Puy de Dôme.*

- o Même si l'accès à la complémentaire est pensé comme un point central de leur activité, le positionnement des accompagnants quant à leur légitimité à agir en la matière diffère :

*« Je n'ai aucun problème à intervenir sur ce domaine étant donné l'importance des complémentaires dans le remboursement des soins. Je n'ai pas l'impression d'être un démarcheur pour une société privée. On guide les personnes puis à elles de faire leur choix ». Accompagnant, Alpes-Maritimes.*

*« C'est un peu compliqué de se positionner, je ne suis pas à l'aise ni spécialement légitime de les orienter. Je ne maîtrise pas complètement le sujet, c'est complexe de se repérer soi-même dans les complémentaires et délicat ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

- o Les positionnements sont différents en fonction des PFIDASS quant au fait d'orienter les personnes accompagnées vers les contrats complémentaires proposés par des collectivités territoriales :

*« On oriente vers le CCAS pour ceux vivant à Nancy, où la commune a développé un partenariat avec des mutuelles pour avoir accès à la complémentaire à moindre frais ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

*« Il y a ce phénomène où des collectivités proposent des contrats collectifs. Notre inquiétude est de faire attention à ce que, dans le cadre de tels dispositifs, les personnes ne soient pas orientées vers un dispositif lambda alors qu'elles pourraient être bénéficiaires de la CMU C ou de l'ACS. L'association qui s'occupe du contrat collectif nous a assurés orienter vers l'Assurance Maladie si les assurés dépendent de ces prestations. Et puis, au-delà, la question qui se pose n'est pas tant d'avoir une complémentaire, mais d'en avoir une qui soit adaptée aux besoins de la personne. Nous sommes donc vigilants par rapport à ce type de dispositifs ; au départ, nous avons envisagé un partenariat et, finalement, nous avons pensé que ce n'était pas opportun ». Direction, Charente.*

- o Les choix faits concernant le périmètre d'action des PFIDASS peuvent « profiler » de manière spécifique les difficultés d'accès aux soins « captées » par les dispositifs et donc les accompagnements :

*« La population du 3<sup>ème</sup> arrondissement est précaire, voire très précaire. Nous avons beaucoup de personnes éligibles à la CMU C. Les accompagnements sont donc, d'une certaine manière, « plus faciles » au sens où l'on peut ouvrir des droits, mais aussi plus spécialisés ». Equipe d'encadrement, Bouches du Rhône.*

- o Pour certains des agents dont le poste n'est pas entièrement dédié à la PFIDASS, l'activité d'accompagnement est perçue comme très preneuse en temps :

*« Pour la majorité des délégués, la PFIDASS est chronophage et prend le dessus sur les autres missions qui étaient faites avant. Enfin, c'était surtout chronophage au début où il a fallu construire le dispositif, où l'on tâtonnait. Maintenant, on arrive à mieux réguler les choses ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

### **Des points originaux, des choix spécifiques dans certaines caisses**

- o Une adaptation de l'outil ACS construit dans le Gard au contexte mutualiste local de l'Aude est en cours : *« Concernant les offres ACS, il y a un stagiaire qui travaille sur une adaptation de l'outil ACS du Gard à l'environnement*

*local* ». Accompagnantes, Aude.

- Dans la Somme, un travail est en cours pour comprendre les raisons qui amènent des personnes à « abandonner » ou « décrocher » de l'accompagnement :

*« On s'intéresse au cas des personnes qui décrochent pendant l'accompagnement, ne répondent plus au téléphone... : nous ne savons pas comment analyser les raisons pour l'instant, mais un travail débute avec une étudiante de M2 sur le sujet, pour voir si un changement de pratiques peut limiter ces abandons ».* Accompagnante, Somme.

## ZOOM SUR LA FORMATION DES ACCOMPAGNANTS PFIDASS

### La formation « initiale »

- La plupart des accompagnants PFIDASS (ou une partie des équipes dans le cas des cellules « non dédiées ») a bénéficié d'une formation par la CPAM du Gard pour découvrir et apprendre à utiliser l'outil OGEDAS :

*« Nous avons eu une formation à OGEDAS ».* Accompagnante, Puy de Dôme.

*« 2 collègues ont été formés à la CPAM du Gard sur le logiciel OGEDAS principalement ».* Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.

- Dans certaines caisses, une formation sur la détection et l'accompagnement a également été conduite par la CPAM du Gard ou, en interne, par les cadres des PFIDASS :

*« La caisse de Nîmes est venue nous former au départ et reste disponible depuis pour répondre aux questions si besoin et accompagner la Caisse de Nice. La formation s'est déroulée autour de vidéos d'assurés, de cas concrets, de retours d'expériences. Elle évoquait aussi jusqu'où aller, comment gérer le suivi d'une personne... C'était une formation tant sur l'esprit de la démarche que sur la gestion des outils ».* Accompagnant, Alpes Maritimes.

*« Nous avons eu une formation « Détection et Accompagnement » dans le cadre de PFIDASS, sur les modalités pratiques (quels outils et méthodes, quels publics) ».* Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.

- Dans la plupart des caisses, les accompagnants PFIDASS ont bénéficié de formations ou de « temps de sensibilisation », portant le plus souvent sur les dispositifs/aides pouvant être mobilisés dans le cadre des accompagnements (CMU C/ACS, ASS, aides locales à la mutualisation), sur les prestations en nature ou sur des aspects réglementaires liés à certaines situations (par exemple, concernant les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie) et/ou sur l'activité/le périmètre d'action des services conduisant des actions complémentaires à celles de la PFIDASS :

*« Nous avons eu des formations, en fonction de notre profil, sur les cotations CCAM NGAP, l'offre de soins sur Narbonne, par le dentiste-conseil sur la lecture des devis, pour la gestion de la relation client (principe de l'accueil, prise de recul, témoignage..), une sensibilisation au Service Social, sur la mission/prestations MDPH ».* Accompagnantes, Aude.

*« Il y a eu des formations personnalisées selon le profil des conseillères accompagnantes, pour découvrir les métiers et les services de l'Assurance maladie, la législation sur les indemnités journalières, etc. ».* Accompagnante, Somme.

*« Aucune formation initialement mais une introduction sur le service précarité, qui gère les actions complémentaires du PLANIR ».* Accompagnantes, Bouche du Rhône.

- Partout, ces formations/sensibilisations ont été assurées, en interne, par les différents services/composantes des caisses et/ou les cadres des PFIDASS, et tenaient parfois compte du « profil » des agents et des éventuels besoins de formation différenciés :

*« Il y a eu une formation de départ par les services internes de la CPAM sur les prestations, les dossiers d'aide sanitaire et sociale, les aides à la mutualisation... ».* Accompagnante, Hainaut.

*« Les formations étaient adaptées aux besoins de l'équipe et des expériences de chacun. Mais c'était intéressant de suivre tous les modules, c'est toujours utile pour aller en détail dans les choses ».* Accompagnantes, Aude.

### La formation « en continu »

- Dans toutes les caisses, les apprentissages et l'acquisition des compétences utiles pour mettre en œuvre les accompagnements se font, au fil de la réalisation des accompagnements, grâce aux échanges entre accompagnants et avec les cadres des PFIDASS :

*« Nous avons aussi convenu avec l'équipe qu'elles se formeraient entre elles sur leurs métiers de chacune. Nous misons sur les transferts de compétences entre agents. Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« C'est une construction collective : le responsable nous demande notre avis, on appréhende les dossiers tous ensemble, on modifie et ancre nos pratiques à partir du terrain. C'est un projet nouveau, on est écouté dans l'équipe, on acquiert des compétences ». Accompagnantes, Bouches du Rhône.*

*« La formation se fait aussi au fil de l'eau, avec l'expérience et les accompagnements ; nous avons eu une rencontre entre collègues quelques semaines après le lancement de la PFIDASS et avons l'appui de la responsable de service qui est référente PLANIR. Les « tâtonnements » du départ ont eu des effets positifs : être plus impliqué dans la recherche de propositions, identifier ce qui existe sur les territoires... ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

- La formation « en continu » des accompagnants passe également par les échanges réguliers, formels et/ou informels, avec les autres services des caisses et composantes de l'Assurance Maladie :

*« Dans un deuxième temps, lors des revues de dossiers ainsi que lors d'échanges informels avec le service Social, les agents ont également travaillé sur le « lâcher-prise » et l'orientation vers des structures adaptées par rapport aux situations difficiles ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« On a la chance d'avoir dans les mêmes locaux le Cap santé jeunes et le Relais santé, avec des médecins, des AS... à qui il est possible de poser des questions quand on a besoin ». Accompagnante, Puy de Dôme.*

*« Pour le reste, les échanges avec les collègues référentes dans les services permettent d'apprendre en continu ». Accompagnante, Hainaut.*

- Une formation « renforcée » sur la détection, l'accompagnement, la posture, la gestion des situations difficiles, a été réalisée par un prestataire externe dans une caisse - après quelques mois de fonctionnement de la PFIDASS ; cette formation est prévue/envisagée dans plusieurs autres caisses :

*« La semaine dernière, nous avons eu une formation de 2 jours sur l'accompagnement : nous avons échangé sur les pratiques, aborder les difficultés et les solutions à mettre en place pour l'assuré et les accompagnants (prendre du recul, gérer des situations difficiles...). Cette formation de 2 jours est arrivée au bon moment : ce ne serait pas pertinent de la faire au début de la PFIDASS, il y a besoin d'avoir des situations déjà traitées ». Accompagnante, Charente.*

*« Une formation est inscrite au programme sur la gestion de la distance avec les assurés, l'accompagnement... Mais nous n'avons pas de besoin urgent sur ce plan du fait des expériences professionnelles antérieures de contact avec des personnes, d'accueil... ». Accompagnante, Hainaut.*

*« Il y a un projet de formation complémentaire sur l'accompagnement ». Accompagnante, Aude.*

*« Les conseillers ARIANES ont eu uniquement une formation interne. Mais nous réfléchissons à monter des modules, les accompagnants ont certainement besoin d'un accompagnement spécifique. Ce sur quoi nous sommes particulièrement vigilants, c'est la protection des agents. C'est plus, je pense, sur ce point qu'ils doivent en particulier être formés, que sur l'exercice concret de leur mission ». Direction, Somme.*

*« Pour le moment, nous n'avons pas encore fait appel à un prestataire externe. Nous l'avons prévu pour les accompagnants mais pas nécessairement pour les agents d'accueil. Nous avons, au démarrage, privilégié les formations en interne ». Direction Puy de Dôme.*

### Des idées de formations complémentaires qui pourraient contribuer, selon les accompagnants, à renforcer encore l'efficacité et la qualité des accompagnements

- Une formation permettant de mieux appréhender l'ensemble des aspects utiles pour accompagner les assurés sur la question de l'accès/adaptation de la complémentaire et le contour de l'action en la matière :

« Ce qui peut manquer en termes de formation : nous aider pour ce qui concerne les organismes complémentaires, l'aide des personnes pour choisir (sur quels critères se baser...) ». Accompagnantes, Aude.

- Une formation relative à la gestion des accompagnements « difficiles », pouvant aider les accompagnants dans l'élaboration des plans d'action lorsque les difficultés d'accès aux soins sont, par exemple, de nature psychologique et renforcer leurs capacités à prendre de la distance par rapport à ces accompagnements et à ceux pour lesquels ils n'ont pas de réponses à apporter :

« Une formation sur les accompagnements « difficiles » (comment agir et réagir, par exemple comment mobiliser une personne qui a vécu par ailleurs plusieurs difficultés personnelles type décès), sur comment se protéger et être en mesure de garder une distance nécessaire face aux situations rencontrées. Ces formations n'ont pas manqué jusque-là, mais ce sont des souhaits pour améliorer la qualité de l'accompagnement ». Accompagnante, Somme.

« Une formation manque un peu pour être aidée à affronter des situations difficiles : comment dire non quand on n'a pas de solutions, comment prendre de la distance avec ces situations... ». Accompagnante, Puy de Dôme.

« Une formation pour nous aider dans la construction de plans d'action avec les assurés, par exemple que faire quand quelqu'un a des freins psychologiques comme la peur du diagnostic ? ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.

- Une formation généraliste sur le système de santé, les principaux acteurs et les fonctionnements :

« On pourrait avoir besoin d'une formation sur le système de santé et les différents dispositifs et modes de remboursement ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.

### Des points d'originalité

- La mise en place d'outils pour soutenir les apprentissages collectifs :

« Nous construisons une « bibliothèque de terrain » : recensement des différentes actions et solutions qui existent localement (en matière d'aide à la complémentaire par une commune, d'aides au transport...). C'est indispensable étant donné les réalités très différentes entre des secteurs du département et pour savoir quel outil mobiliser pour une saisine ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.

## 2.3. La détection du renoncement aux soins par les agents d'accueil des CPAM

### ZOOM SUR LA DETECTION PAR LES AGENTS D'ACCUEIL

#### Les modalités de détection à l'accueil

- La plupart des caisses du panel avait au départ choisi de détecter à partir de « cibles », en particulier « les assurés sans OC » ; rapidement ou au fil des mois, d'autres cibles ont été ajoutées ou les cibles ont été abandonnées pour aller vers de la détection plus systématique :

*« Pour la détection « régulière » à l'accueil, nous avons pris une cible au départ : les assurés sans OC qui étaient reçus en accueil sur RDV (...). Nous avons ensuite élargi la cible aux assurés « sans emploi », ça faisait sens. J'ai vérifié que toutes les informations nécessaires pour détecter figurent dans Médialog et c'est le cas. : un onglet 'droit' figure dans Médialog +, les conseillers n'ont pas à changer d'applicatif pour vérifier la situation d'un assuré ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

*« Au démarrage, comme la plupart des caisses, nous avons fait preuve de prudence, nous voulions être sûrs de pouvoir gérer le flux. Nous avons pris comme cible : « les actifs sans OC ». Maintenant, on ne limite plus, on dit : « dès que vous pouvez détecter, allez-y ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

- Le choix quasiment immédiat du « non-ciblage » dans une caisse :

*« Au début, s'agissant de l'accueil, on pensait cibler la détection sur les personnes sans OC. Mais c'était une chose supplémentaire à penser pour les détecteurs. Et des agents d'accueil avaient exprimé une petite frustration à l'idée de cibler. On est donc parti sur du « non-ciblage ». Et on ne voulait d'ailleurs pas se concentrer sur une catégorie de public, PFIDASS est un service pour tous, quel que soit par exemple le niveau de revenus ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- Dans plusieurs caisses, la détection était initialement réalisée par les agents volontaires et/ou sur certains sites d'accueil uniquement ; dans la plupart des caisses, la détection a été progressivement étendue à tous les agents et/ou à tous les sites :

*« Pour la détection, nous n'avons pas voulu l'imposer à tous les agents, mais avons commencé sur la base du volontariat ». Direction, Puy de Dôme.*

*« S'agissant des agents d'accueil, les premiers qui ont été formés sont ceux qui recevaient le plus les assurés du 3<sup>ème</sup> arrondissement. Nous avons pour l'instant formé les agents de 3 des 5 plus gros accueils de la caisse (au total +26 points d'accueils). Les plus gros accueils détectent donc déjà. Tous les agents d'accueil détecteurs ont eu une formation avec un module commun ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Les accompagnements ont donc débuté avec la prise en charge des situations issues du diagnostic, puis nous avons commencé à détecter de nouveaux cas sur le site d'accueil de Valenciennes. Nous avons formé les agents du site à la détection (...). En octobre / novembre 2016, nous avons étendu la détection aux 3 principaux accueils de la CPAM. Depuis mi-novembre, nous avons constaté une montée en charge assez rapide avec une augmentation sensible du nombre de détections ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

- La détection se fait, dans plusieurs caisses, uniquement lors de l'accueil sur RDV, mais certaines caisses ont fait le choix de détecter lors de toutes les phases d'accueil :

*« On a rendu la détection obligatoire lors de l'accueil sur rendez-vous ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« Cela se fait lors de l'accueil sur rendez-vous ». Direction, Hainaut.*

*« Il est, pour l'instant, convenu que les agents fassent de la détection dans l'accueil animation également ». Direction Puy de Dôme.*

*« Concernant l'accueil « rapide » ou en espace multiservices, nous faisons de la détection uniquement si l'on repère des facteurs de risque ». Direction, Charente.*

- Dans certaines caisses, la détection peut également être réalisée par la Plateforme téléphonique :

« On a même ouvert la détection par téléphone, avec la Plateforme de services : les communications prises par les téléconseillers de Meurthe et Moselle puisque dans le cadre du TRAM certaines sont déjà prises par la CPAM de Bar le Duc qui reprend la PFS ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

### Les modalités de formation des agents d'accueil

- Dans la plupart des caisses, les formations des détecteurs « accueil » (comme d'autres catégories de détecteurs internes) ont initialement été réalisées en interne :

« Nous avons réalisé les formations internes, en nous appuyant sur les outils mobilisés lors du séminaire de lancement et des formations à Nîmes ; nous avons intégré, dans notre présentation, des éléments issus de notre diagnostic et utilisé aussi des vidéos de témoignages. C'est un élément important pour la formation ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

« Nous avons initialement construit notre propre dispositif de formation en interne ». Direction, Charente.

« Nous avons, au démarrage, privilégié les formations en interne ». Direction Puy de Dôme.

- Ces formations ont été réalisées « en plusieurs étapes » dans certaines caisses, et ont, parfois, impliqué des accompagnants PFIDASS :

« En ce qui concerne la détection, le manager et le chef de projet ont dispensé des formations dans tous les sites d'accueil et les centres de gestion du département afin de mettre en route la détection dans de bonnes conditions. Deux étapes ont été nécessaires : pendant un mois « expérimental », nous avons examiné l'éligibilité à l'accompagnement des situations détectées. Au bout d'un mois, nous les avons à nouveau visités afin de faire un retour, préciser certains points, clarifier nos demandes. Et si c'est nécessaire, nous retournerons sur le terrain... ». Direction, Alpes Maritimes.

« Nous avons fait une première sensibilisation, puis une seconde présentation par les conseillers PFIDASS pour qu'elles expliquent elles-mêmes comment elles travaillent, pour évoquer les résultats des accompagnements. Nous trouvons aussi que ça permettait de montrer aux agents d'accueil qu'ils ne pouvaient pas nécessairement prendre en charge eux-mêmes les renoncements ». Direction, Puy de Dôme.

- Seule une caisse du panel a, pour l'instant, opté pour une formation « PFIDASS » par un prestataire externe ; cette formation a été réalisée après quelques mois de fonctionnement de la plateforme et ne concernait pas uniquement les agents d'accueil ; la plupart des autres caisses pense que cette formation pourrait consolider la détection du renoncement par les agents d'accueil et plusieurs l'ont mise « à l'agenda » (ou envisagent de le faire) :

« La formation n'était pas uniquement destinée aux agents d'accueil ; le CES, le service Solidarité, le service Médical, les accompagnants étaient présents. On a voulu que cette formation soit commune. On a eu de bons échos ; a priori, cela va avoir un effet consolidant ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.

« Je pense, concernant la formation des agents d'accueil détecteurs, qu'il manque peut-être chez nous quelque chose de plus détaillé, de plus approfondi sur la question des postures, sur le comment on appréhende le positionnement aux assurés détectés... Nous n'avons pas fait de formation externe et il y a peut-être là une carence ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

« Une formation devant être réalisée par un prestataire externe est prévue au plan de formation 2017. Nous nous sommes appuyés sur le cahier des charges préparé par X et avons lancé un appel à projets. En effet, nous estimons qu'il est désormais nécessaire d'avoir une formation sur le changement de posture impliqué par la PFIDASS. Cela peut être utile parce que les agents n'ont pas forcément l'habitude de parler renoncement et santé avec les assurés. Ça implique véritablement un changement de posture, d'autres manières de faire par rapport aux assurés ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

### La détection à l'accueil : entre intérêt et freins potentiels

- Le dispositif PFIDASS suscite globalement l'intérêt des agents d'accueil et beaucoup ont conscience des difficultés d'accès aux soins rencontrées par une partie des assurés ; pour autant, cela ne traduit pas toujours par des détections effectives :

« Au niveau de la détection, le regard sur la PFIDASS est également plutôt positif. Au moment des réunions d'information notamment, des agents avaient fait part d'un engouement certain pour la détection et la PFIDASS en général. C'est difficile de comprendre pourquoi les agents ne font pas ou peu de détection ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

« Pour beaucoup, c'est une évidence le renoncement, mais ils ne franchissent pas pour autant le pas. Nous nous demandons s'il ne faudrait pas, à ce stade, une formation externe ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

○ Bien qu'il existe un intérêt pour le dispositif PFIDASS et une conscience des difficultés d'accès aux soins, les points de vue, concernant la détection en elle-même, peuvent être contrastés d'un agent d'accueil à l'autre :

- La détection peut être perçue comme un prolongement de leur activité et/ou comme une mission qui donne du sens à leur action :

« Des agents disent : « ça prolonge notre travail » ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

- Le fait qu'un accompagnement s'enclenche suite à la détection et que la personne soit prise en main rapidement est motivant pour les agents d'accueil :

« Les agents d'accueil apprécient notamment le fait que, quand ils détectent un renoncement, ils savent que la personne concernée va faire l'objet d'un véritable suivi ».

- La détection peut, au contraire, être perçue comme une « surcharge », à l'heure où les agents sont également sollicités pour d'autres « chantiers » :

« Cette activité de détection n'a pas été très bien perçue par certains agents au départ ; il y avait quelques réticences. Cela est peut-être aussi lié au fait que, sur certains sites, la mise en place de cette activité de détection en accueil s'est faite, au même moment, que celle du « parcours assurés ». Cela faisait beaucoup ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

« Nos configurations d'accueil font que les agents positionnent souvent la détection comme une tâche en plus ». Direction, Meurthe et Moselle.

- Le renoncement n'est pas nécessairement pensé comme le sujet prioritaire à aborder lors d'échanges avec des assurés dont la situation est globalement complexe à traiter et/ou au cours desquels de nombreux points sont à aborder :

« Il faut dire que les agents d'accueil lors de leurs entretiens doivent aborder beaucoup de choses (répondre à la demande de l'assuré, offres rebond, DMP...) et la question du renoncement aux soins n'est pas pour eux une priorité ou pas facile à aborder peut-être par manque de temps. Certains pensent peut-être également que ce n'est pas leur rôle. On maintient en tout cas la mobilisation, c'est du temps, une implication constante ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy De Dôme.

« En ce qui concerne l'accueil, il y a eu beaucoup de choses en fin d'année 2016, ce qui peut participer à expliquer que nous n'ayons pas eu autant de détections que nous le pensions. Nous sommes, par exemple, caisse expérimentatrice du DMP. On ne note pas de difficultés particulières qui pourraient empêcher les agents de faire de la détection, mais il y a certainement une question de posture ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

« En accueil sur RDV, les situations sont relativement complexes. Les agents nous disent qu'aborder, en plus, le renoncement en fin d'entretien est parfois difficile. Il faut bien voir qu'on demande aux agents de promouvoir de nombreuses offres et services : les « téléservices », « Vaxigrip »... Quels messages sont à prioriser ? Car les agents ne peuvent pas tout promouvoir. Et dans tout cela, qu'est ce qui est reçu et compris par l'utilisateur ? ». Direction, Charente.

- Lorsque la détection est prévue dans toutes les configurations d'accueil, la gestion de la « file d'attente » peut induire une forme de stress qui amène les agents d'accueil à ne pas détecter :

« Les deux agents d'accueil qui étaient présentes lors du dernier COPIL ont fait part du stress des agents d'accueil avec une file d'attente à réguler. Elles avaient bien conscience que la détection PFIDASS était passée au second plan dans la mission quotidienne des conseillers d'accueil ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

- Certains agents peuvent être en difficulté pour aborder avec les assurés des sujets qu'ils jugent intimes, et ce plus particulièrement dans certaines configurations d'accueil :

« Je crois que, pour l’instant, la détection à l’accueil reste un point de fragilité du dispositif, nous avons actuellement une détection par jour environ qui arrive des accueils. Certains agents disent que c’est un peu difficile de questionner sur le renoncement. Peut-être aussi que nos modes d’accueil, l’espace libre-service, font que le degré de confidentialité n’est pas très fort. La PFIDASS aborde des sujets intimes, nous sommes en questionnement sur ce point ». Direction, Puy de Dôme.

« On sent que ce n’est pas toujours évident pour eux d’aborder le sujet du renoncement ». Direction, Charente.

- Les agents d’accueils se concentrent sur la question de l’accès aux droits, sur la recherche de droits potentiels, et tous n’ont pas encore nécessairement le réflexe de faire le lien entre accès aux droits et accès aux soins

« Certains agents évoquent le fait qu’ils font déjà systématiquement de la recherche de droits potentiels... ». Direction, Puy de Dôme.

« Selon les cadres de l’accueil, les agents sautent une étape. Ils font, par exemple, un message à la Plateforme sociale pour demander une prestation supplémentaire, mais sans se préoccuper de la présence ou non d’un renoncement ». Equipe d’encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

### Différentes stratégies pour activer ou maintenir une dynamique de détection à l’accueil

- Si dans quelques caisses, la détection à l’accueil a trouvé un bon rythme, dans plusieurs autres, le rythme est encore fluctuant, voire la détection à l’accueil est pensée comme un point de fragilité du dispositif PFIDASS :

« Depuis mi-novembre, nous avons constaté une montée en charge assez rapide avec une augmentation sensible du nombre de détections à l’accueil ». Equipe d’encadrement PFIDASS, Hainaut.

« La détection est encore très fluctuante en fonction des périodes ». Direction, Charente.

« Au fond, je crois que les agents ne sont pas encore vraiment installés dans cette démarche ». Equipe d’encadrement PFIDASS, Somme.

« Je crois que, pour l’instant, la détection à l’accueil reste un point de fragilité du dispositif, nous avons actuellement une détection par jour environ qui arrive des accueils ». Direction, Puy de Dôme.

- Différentes stratégies sont mises en œuvre ou expérimentées par les caisses pour lancer ou dynamiser la détection à l’accueil :

- Une caisse a fonctionné avec des agents d’accueil « référents » pour entraîner et épauler les autres agents dans la détection :

« Au départ, pour dynamiser la détection, nous avons fonctionné avec un système de « référents » : des agents d’accueil qui font de la détection de manière très régulière ». Equipe d’encadrement PFIDASS, Somme.

- Une autre a fait le choix d’intervenir régulièrement en réunions de service « accueil » et d’immerger, en parallèle, des agents d’accueil au sein de la PFIDASS :

« On a finalement eu un peu de mal à lancer les détections chez les agents d’accueil. On a mis en place une stratégie, on est retourné les voir régulièrement, on a fait des interventions en réunions de service. On a également fait de l’immersion des agents d’accueil auprès des accompagnants ». Equipe d’encadrement PFIDASS, Charente.

- Une caisse s’est appuyée sur une étude du tableau de bord PFIDASS pour tenter de remobiliser les agents d’accueil :

« Mais il faut régulièrement repasser de l’information, réexpliquer. J’ai ensuite essayé de remobiliser les équipes d’accueil, à partir d’une petite étude du tableau de bord que j’ai présentée en débutant ma présentation ». Equipe d’encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

- Des caisses s’appuient également sur les accompagnants pour « donner à entendre » ce qu’est le travail concret et quotidien des PFIDASS :

« Les accompagnants, qui sont en contact avec beaucoup d’autres agents, services, participent les intéresser à les

associer. Ils contribuent à la « communication PFIDASS ». Par exemple, pour aider les agents d'accueil à s'approprier le dispositif ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

« Les conseillères ARIANES profitent également des rendez-vous dans le cadre des accompagnements pour échanger avec les agents d'accueil ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

- Les cadres des services d'accueil peuvent constituer des « relais » importants :

« Nous avons, en tout cas, un responsable d'accueil très impliqué, qui relance, remobilise les agents... ». Direction, Charente.

- Dans la plupart des caisses, il existe en outre des échanges réguliers, et/ou ponctuels lors des COPIL et/ou Comités d'analyse, entre les équipes des PFIDASS et celles des accueils ; il s'agit de partager de l'information sur le fonctionnement des PFIDASS, de réfléchir aux modes de faire et aux éventuels freins à la détection :

« Nous avons échangé, en novembre, avec des agents d'accueil de Valenciennes, ils ont maintenant un peu de recul et il y avait une forte montée en charge des saisines les concernant, et ils disent bien qu'il faut que ça rentre dans des habitudes de travail, qu'il faut du temps. Nous envisageons de faire de nouveaux débriefings avec d'autres agents d'accueil pour continuer à bien comprendre comment ça se passe, ce qu'ils en pensent, les aider si besoin, apporter des précisions ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

« Deux conseillers d'accueil ont participé au second COPIL. Elles sont intervenues sur leur rôle dans la PFIDASS tout de suite après la présentation des chiffres du TDB sur la détection : les agents présents étaient très motivés et cela se ressentait ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

- Une caisse est en train de mettre en place un « planning de détection tournant » et des modalités de saisine de la PFIDASS par les agents d'accueil simplifiées :

« Nous allons faire évoluer quelque peu les modalités de détection pour faciliter les choses, faire un planning tournant, avec pour chaque agent un temps dédié à la détection. Le remplissage du questionnaire est parallèlement un peu lourd. Nous avons aménagé des circuits de travail pour en tenir compte. Les agents d'accueil signalent simplement à la PFIDASS quand ils détectent un renoncement et ce sont ensuite les agents de la PFIDASS qui recontactent les personnes et remplissent les questionnaires ». Direction, Meurthe et Moselle.

« Pour relancer la détection, nous avons simplifié le processus de saisine ; les agents d'accueil n'ont plus à remplir le questionnaire dans son intégralité, ils peuvent juste faire un signalement par Médialog. Ce sont, ensuite, les délégués qui se chargent de remplir les questionnaires. Un message Médialog, c'est rapide. la CNAMTS) y a d'ailleurs pensé car dans Médialog +, nous avons désormais une BAL PFIDASS dans le dossier client y compris pour 3 autres CPAM de départements limitrophes ». Equipe d'encadrement, Meurthe et Moselle.

- o Les caisses tentent parallèlement de faire émerger des déclarations spontanées de renoncement à l'accueil ; pour l'instant, cela produit peu de résultats :

« A un moment, nous avons eu une inquiétude car les niveaux de détection n'étaient pas homogènes en fonction des périodes. Nous avons mis des affiches à destination des assurés, comme le fait la CPAM du Gard, mais nous avons, pour ce qui nous concerne, eu très peu de déclarations spontanées ». Direction, Hainaut.

« Et début novembre, nous avons fait passer un message relatif aux difficultés d'accès aux soins sur le mur d'images à l'accueil principal et mis des affiches pour faire émerger des déclarations spontanées. Mais cela n'a, chez nous, pas produit de résultats ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

### Des constats partagés par les acteurs du panel

- o Pour la plupart des acteurs interrogés, il est indispensable de réussir à montrer aux agents d'accueil que la détection des difficultés d'accès aux soins peut s'imbriquer pleinement dans leurs activités quotidiennes et que cette nouvelle mission entre en résonance avec les évolutions plus globales de leur métier et peut y contribuer :

« Il faut montrer que c'est un plus pour les techniciens mais pas une surcharge. Les réserves du départ sont vite tombées, il a fallu aider les agents à comprendre en quoi la détection du renoncement pouvait les aider dans leur

*nouvelle posture d'accueil, que cela s'imbriquait avec ce qu'il faisait par ailleurs et que c'était cohérent avec l'évolution déjà engagée, depuis quelques temps, de leurs fonctions, que cela participait à un renouvellement du métier ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

*« La réflexion concernant la relation aux assurés était d'ailleurs déjà en route à l'accueil. Nous avons déjà évolué vers un accueil personnalisé. La création de la PFIDASS a permis d'avoir des moyens supplémentaires dédiés à cette nouvelle mission ».* Direction, Alpes Maritimes.

*« Nous avons présenté la détection dans le cadre d'une formation globale sur l'évolution du métier d'agent d'accueil. Pourtant, ça reste incertain. Nous avons essayé de bien montrer que c'était une évolution cohérente, d'une logique de guichet à une logique d'accompagnement. Les agents étaient d'ailleurs réceptifs au message ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

*« Nos questionnements concernent aujourd'hui davantage la mobilisation au niveau de la détection, concernant en particulier les accueils. Comment faire ? Une évolution du métier est en cours, l'accueil sur rendez-vous toute la journée va être mis en place dans notre caisse, il y a certainement un travail à faire à ce moment-là. Il faut que la détection fasse peu à peu partie du diagnostic fait de la situation des personnes reçues en rendez-vous. PFIDASS, ce n'est pas un service extérieur à la caisse, c'est en plein dedans ».* Direction, Puy de Dôme.

- Des évolutions qui s'inscrivent nécessairement dans un temps long :

*« Concernant l'accueil, la PFIDASS participe à une évolution du métier. Il y a globalement une nouvelle façon d'envisager la relation à l'assuré. Et il faut avoir en tête que la PFIDASS s'inscrit dans le temps, que tout ne change pas du jour au lendemain. Petit à petit, la persévérance va faire avancer les choses ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

*« Les agents d'accueil disent bien qu'il faut que ça rentre dans des habitudes de travail, qu'il faut du temps ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

- Des évolutions qui nécessitent des appuis, en terme notamment de formation :

*« Il y a un sujet de formation au niveau des agents d'accueil ; j'avais déjà observé ça dans le Morvan : comment prendre la distance nécessaire avec les assurés, par exemple pour un agent d'accueil chargés initialement d'appliquer la réglementation ? Je crois qu'il faut une formation pour les aider à avoir des limites, à se positionner... Pour moi, c'est un point de vigilance. Nous avons d'ailleurs eu une grosse formation des agents d'accueil sur le métier, la posture, les évolutions, mais qui n'incluait pas la PFIDASS... Nous voulons les épauler pour sortir progressivement d'une logique de guichet. ARIANES peut participer de ça ».* Direction, Somme.

### Des points d'originalité, des pistes de travail à creuser

- Quand des agents d'accueil montent en compétences pour renforcer les équipes des PFIDASS :

*« Certains agents d'accueil sont d'ailleurs montés en compétences et sont en formation pour pouvoir réaliser des accompagnements. Il s'agit, encore et notamment, d'évoquer précisément avec eux le montage des plans d'accompagnement. Deux agents d'accueil ont ainsi été recrutés au sein du service précarité, suite à un appel à candidature, pour renforcer l'équipe du service (PFIDASS + Misions PLANIR – Rendez-vous avec les travailleurs sociaux, action labellisée CNAMTS, dans le cadre de PLANIR) ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

- La création d'un module de consultation d'OGEDAS par les agents d'accueil ? :

*« Les accueils nous disent également qu'un module de consultation d'OGEDAS pourrait être intéressant. Car les accompagnements ne sont pas vraiment « tracés » dans Médialog. On indique juste que la saisine est prise en compte, quand l'accompagnement est finalisé et quand les soins sont réalisés. Il y a des mails automatiques envoyés aux détecteurs. C'est déjà bien, mais dans certains cas, les agents expliquent qu'ils pourraient avoir besoin d'en savoir davantage sur les actions en cours, que ça pourrait être utile pour informer les personnes si elles viennent à l'accueil. On ne peut, bien entendu, pas envisager de re-tracer en double dans Médialog. Mais peut-être qu'une articulation entre OGEDAS et MEDIALOG est possible ou qu'une application de consultation pourrait être imaginée, de manière à donner une visibilité aux détecteurs, ou à certains d'entre eux tout du moins, sur ce que font les accompagnants. Nous ne savons pas ce qui est techniquement possible, mais nous pensons que ça pourrait être intéressant ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

## 2.4. Les relations des PFIDASS avec leurs principaux partenaires internes

### ZOOM SUR LES RELATIONS PFIDASS / SERVICE SOCIAL

#### Une réception nuancée des PFIDASS par le service Social

- Dans plusieurs territoires, la mise en place des PFIDASS a pu susciter des interrogations, voire des craintes, au sein du service Social, et ce pour plusieurs raisons :

- Le service Social intervient auprès de personnes qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins :

*« Les travailleurs sociaux expliquent qu'ils connaissent ces situations ». Direction, Somme.*

*« Du fait de son métier, de ses habitudes de travail, de ses fonctions, l'assistante sociale a l'habitude de gérer ce type de situations ». Service Social, CARSAT Nord-Est.*

*« En ce qui concerne le renoncement, ces situations étaient déjà vues par le service Social, c'était déjà notre public. Car notre première mission, c'est bien l'accès aux droits et aux soins (...). Ce public nous l'avions et nous l'avons, mais nous l'approchons en faisant une évaluation globale des personnes ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*

- L'usage de certains termes, dans le cadre du dispositif PFIDASS, recoupe ceux qualifiant le travail conduit par les travailleurs sociaux :

*« La manière d'accompagner est en l'occurrence différente, mais les termes utilisés autour de la PFIDASS peuvent prêter à confusion : on a parfois entendu parler d'accompagnement social, d'accompagnement physique... Ça a engendré des craintes. Finalement, la PFIDASS n'a pas pu mettre en place des accompagnements physiques, j'entends par là des visites à domicile. Je crois que ça a rassuré au niveau du service Social ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*

- Une partie des professionnels du service Social a pu craindre un « brouillage » des frontières entre les missions des composantes administratives et sociales de l'Assurance Maladie :

*« Du côté des assistantes sociales, il y avait quand-même beaucoup de craintes, des questions concernant d'éventuels regroupements des champs de compétence... Certaines avaient peur des regroupements entre métiers (...). Au départ, il y avait une peur des AS que la PFIDASS « empiète sur leur plates-bandes ». Les sujets qui ont pu être un peu épineux : par exemple le fait « que des agents administratifs vont faire notre boulot ». Voilà, ce sont tout à fait ces mots qui ont pu initialement être employés par certaines assistantes sociales ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*

*« Pour le service Social, il y a peut-être un sentiment que l'on marche sur leur territoire ». Direction, Somme.*

- Dans quelques territoires, des « liens de réciprocité » se sont assez naturellement créés entre PFIDASS et Service Social :

*« Le service Social a été quant à lui d'emblée intéressé et n'a pas pensé la PFIDASS comme concurrentielle ». Direction, Puy De Dôme.*

*« En ce qui concerne le service Social, ça tourne. Nous n'avons pas eu de difficultés particulières. Lors de notre présentation du dispositif PAAS, nous avons insisté sur le fait que chacun avait son champ de compétences, que nous n'allions pas « empiéter » sur leur périmètre d'action mais agir en complémentarité. Nous n'avons pas d'outil particulier pour que le service Social oriente vers le PASS, ça se fait de manière assez évidente ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

#### Les méthodes pour articuler l'action des PFIDASS et du service Social

- Dans plusieurs territoires du panel, un travail de délimitation des périmètres d'action respectifs et de différenciation des accompagnements a été conduit :

*« La PFIDASS, c'est une construction petit à petit. Nous avons bien travaillé en amont, puis tous les mois, et au quotidien.*

*Même si la PFIDASS est pour l'instant sur une partie du territoire, nous parlons quand même de la PFIDASS à l'ensemble des agents du service Social, lors de nos réunions de service. Ça permet que tout le monde s'en imprègne. On commence à créer des réflexes, on désamorçe peu à peu, auprès de tous les agents, les sujets qui ont pu être, au départ, un peu épineux. On dédramatise tout ça auprès de toutes, on souligne les points positifs ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*  
*« Nous avons d'ailleurs fait un gros travail avec le service Social pour différencier les choses, on s'est rencontrés avec toute l'équipe pour dire que la PFIDASS est plus un outil dans la boîte à outils des travailleurs sociaux. On ne fait pas le même job ». Direction, Charente.*

- Des modes opératoires ou des outils ont également été mis en place pour permettre les orientations réciproques :

*« Nous avons mis en place des modes opératoires qui ne sont, pour certains, pas complètement finalisés. Ils ont vocation à bien définir les rôles, les limites, les articulations... ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*

*« Nous avons identifié des situations sur lesquelles le service Social peut automatiser la détection ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- Plusieurs caisses ont organisé une (voire plusieurs) présentation(s) du service Social aux accompagnants PFIDASS pour qu'ils perçoivent plus clairement les missions des travailleurs sociaux et leur champ d'intervention :

*« Une présentation du service Social a également été faite auprès des conseillères ARIANE pour bien identifier les champs d'intervention des uns et des autres, car on a bien senti qu'il pouvait y avoir des craintes à ce niveau ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

*« Nous avons eu plusieurs réunions pour bien expliquer ce que sont nos missions. Car à un moment donné, dans les accompagnements PFIDASS, les conseillers peuvent nous solliciter. Mais pour ça, il faut bien connaître nos champs d'action ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*

### Les modalités d'information/formation à la détection s'agissant du service Social

- Certaines caisses ont fait le choix d'informer le service Social sur la PFIDASS et la détection :

*« S'agissant du service Social, on avait fait le choix de ne pas les former. Les travailleurs sociaux sont aguerris à la relation, à l'accompagnement... On aurait peut-être pu les convier... ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« En ce qui concerne le service Social, une présentation a été faite par les acteurs de direction lors d'une réunion réunissant l'ensemble du service. Il n'y a pas eu d'autres formations, plus spécifiques ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

- Des caisses ont fait le choix de former les professionnels du service Social à la détection :

*« Les agents du service Social (travailleurs sociaux œuvrant sur le 3<sup>ème</sup> arrondissement et secrétaires) ont bénéficié d'une formation d'une journée sur la PFIDASS, par le manager ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*

- Certaines caisses organisent des temps d'échange réguliers avec le service Social, autour de cas concrets et/ou de vidéos, de manière à étayer la collaboration et/ou alimenter une dynamique de détection ; cela peut manquer dans d'autres territoires :

*« Afin de maintenir un bon niveau de collaboration et de sensibilisation au dispositif, nous prévoyons de les rencontrer de manière régulière. Nous allons notamment leur présenter la vidéo relative au témoignage ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

*« Suite au COPIL qui vient d'avoir lieu, les managers vont essayer de remobiliser leurs équipes sur la PFIDASS. Tout au départ, nous avons eu une intervention du manager PFIDASS pour expliquer le diagnostic, la PFIDASS, la procédure de signalement, le pourquoi. Peut-être qu'il faudrait réitérer pour restimuler (...). Peut-être qu'il faut rappeler l'intérêt de la PFIDASS à l'équipe du service Social, donner des exemples aussi des situations qui ont fait l'objet de saisines, des résultats qui ont été obtenus pour inciter au signalement et lever les réserves ». Service Social, CARSAT Nord-Est.*

## Les principaux types de relations PFIDASS / Service Social

- Le service Social est détecteur du renoncement, avec une plus ou moins forte intensité d'un territoire à un autre, et selon des modalités qui peuvent être différenciées :

« Ça fonctionne avec le service Social, on a des détections ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

« Pour l'instant, nous avons peu de détections par le service Social de l'Assurance Maladie ». Direction, Charente.

« Depuis la création de la PFIDASS le partenariat avec le Service Social de la CARSAT a fortement évolué. Nous avons mis en place une véritable approche « réciproque et complémentaire » pour les assurés. Le Service Social est un important pourvoyeur en détections ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

- Dans plusieurs territoires, les détections peuvent notamment se faire parmi les assurés qui n'ont pas utilisé leur chèque ACS :

« Le service social avait choisi quant à lui de détecter parmi les assurés qui n'ont pas utilisé leur chèque ACS ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

« Nous identifions des situations sur lesquelles le service Social peut automatiser la détection - par exemple, s'agissant des assurés qui n'ont pas utilisé leur chèque ACS, au moment de l'offre téléphonique sortante, il peut être intéressant de parler systématiquement du renoncement - ; c'est un outil supplémentaire à la disposition des travailleurs sociaux ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.

« Suite au diagnostic, une cible a été prévue au niveau du service Social : les assurés qui n'ont pas utilisé leur chèque ACS ». Service Social, CARSAT Nord-Est.

- Dans plusieurs territoires, lors des entretiens avec les assurés, le renoncement peut être détecté par les travailleurs sociaux ou exprimé par les assurés :

« Parallèlement, le renoncement peut être détecté ou exprimé, au cours d'un entretien entre une AS et un assuré. Le sujet peut alors être abordé parmi d'autres. Si nous repérons un renoncement, le signalement se fait à partir de la fiche type qui est envoyée sur la BAL PFIDASS. Les assistantes sociales, qui sont territorialisées, font donc de la détection à partir du critère géographique, comme nous sommes pour le moment sur le public du 3<sup>ème</sup>. A partir de là, dès qu'un assuré dit qu'il ne peut pas se soigner, il peut y avoir un signalement... ». Service Social, CARSAT Sud-Est.

- Dans quelques territoires, les détections peuvent être réalisées par les secrétaires du service Social et/ou par les plateformes téléphoniques :

« A l'heure actuelle, nous avons formé toutes nos secrétaires car toutes font de la plateforme téléphonique. Concernant les AS, ce ne sont pour l'instant que celles du 3<sup>ème</sup> arrondissement. Et on verra ensuite, en fonction du calendrier de déploiement. Concrètement, les secrétaires peuvent détecter dans le cadre de l'accueil - qui est sans rendez-vous et pour tous publics. Nous avons également une détection élargie à notre plateforme téléphonique ». Service Social, CARSAT Sud-Est.

- Avant de saisir la PFIDASS, dans un territoire du panel, les AS du service Social font systématiquement signé le contrat d'engagement aux assurés détectés en renoncement :

« Enfin, nous signalons après que l'assuré ait signé un contrat écrit, ça c'est un point important pour les travailleurs sociaux. On dit aux assurés qu'on va les signaler donc qu'il doit y avoir un contrat disant qu'ils vont être parties prenantes du processus. Pour nous, c'est important qu'il y ait cet écrit. Nous avons également une détection élargie à notre plateforme téléphonique. Dans ce cas, la question du contrat se pose différemment puisqu'on détecte par téléphone. S'il y a un renoncement, on oriente vers un des accueils physiques du service Social pour que la situation soit creusée. Dans tous les cas, le contrat est intégré dans le formulaire de saisine PFIDASS, c'est un outil qui nous est fourni. Lors d'un signalement, nous scannons l'ensemble et envoyons sur la BAL PFIDASS ». Service Social, CARSAT Sud-Est.

- Dans un territoire du panel, lorsque les AS effectuent des saisines, des points réguliers sont faits sur celles-ci avec les accompagnants ; dans un autre, la PFIDASS informe régulièrement le service Social sur les résultats des détections qu'il a effectué :

« Si les travailleurs sociaux adressent des saisines, on fait le point avec les AS avant de contacter la personne, puis au moment de définir un accompagnement et à la fin de celui-ci. Ça peut amener aussi des co-suivis de dossiers : PFIDASS

*garde les soins, les AS prennent les autres problématiques ».* Accompagnant, Puy de Dôme.  
*« De manière générale, et pour le service Social, on informe les détecteurs sur les situations signalées pour montrer l'intérêt de leur action de détection, continuer à les impliquer dans la démarche ».* Accompagnant, Alpes-Maritimes.

- Dans plusieurs territoires, les accompagnants PFIDASS et les travailleurs sociaux des CARSAT réalisent des entretiens communs, voire des « co-suivis » :

*« Nous avons des relations de travail dans les accompagnements plutôt favorables ; au cours de certains accompagnements, nous pouvons agir en binôme. C'est très riche. Dès lors qu'une situation pose problème ou question et qu'elle peut nécessiter de solliciter le service Social, les accompagnants demandent l'avis du manager. Si nécessaire, nous positionnons ensuite une échéance Médialog avec le nom de l'accompagnant et les coordonnées de l'assuré. Comme ça, quand le travailleur social prend en charge l'échéance, il peut interroger l'accompagnant sur la situation, si besoin ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.

*« Il y a un co-suivi possible pour certaines situations. Ça nous permet d'être complémentaires dans l'action, de recueillir différentes informations (parce que par exemple, les AS vont au domicile des personnes) et d'échanger dessus... ».* Accompagnante, Somme.

*« Il peut y avoir un suivi commun de dossiers ».* Accompagnantes, Aude.

*« Ça peut arriver pour les saisines de retraités, car les AS ont un budget de l'action sociale pour ce public ».* Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.

- De manière générale, les PFIDASS peuvent orienter certains assurés vers le service Social :

*« Il peut y avoir des orientations de la part d'ARIANES, par exemple pour les problématiques de désinsertion professionnelle ».* Accompagnante, Somme

*« A noter qu'il peut arriver qu'il y ait une orientation de la PFIDASS vers le service Social. L'accompagnant PFIDASS parle à l'assuré de la possibilité d'être recontacté par le service Social. On ne veut pas que l'assuré ait à recontacter lui-même le service car on sait que, dans de nombreux cas, les assurés ne le feront pas. On est donc dans une logique proactive ».* Direction, Charente.

*« Dans tous les cas, on explique bien à l'assuré pourquoi il va y avoir un passage de relais. Car les assurés ont parfois un tel lien avec les accompagnants PFIDASS qu'ils peuvent avoir des craintes à avoir un autre interlocuteur ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.

- Dans un territoire du panel, le service Social a aidé les accompagnants PFIDASS à mieux connaître les différents services sociaux présents sur le territoire et qui peuvent potentiellement être mobilisés dans le cadre des accompagnements :

*« Au départ, les agents PFIDASS venaient vers nous pour tous les problèmes complexes : certains voulaient, par exemple, nous faire un signalement pour des SDF. Mais ce n'est pas notre mission. Nous avons donc aussi rassuré les agents PFIDASS en disant que, certes, ce n'était pas nous, mais en leur donnant des informations sur les missions d'autres services sociaux sur le territoire. Nous leur avons fourni des annuaires, donné des renseignements sur d'autres services sociaux qui peuvent leur être utiles ».* Service Social, CARSAT, Sud-Est.

### Des facteurs qui peuvent limiter les relations au cours des accompagnements et/ ou le nombre de détections

- Toutes les situations de renoncement repérées par le service Social ne font pas nécessairement l'objet d'une saisine de la PFIDASS ; le service Social prend en charge certaines des situations de renoncement dans le cadre de ses accompagnements :

*« Il y a, je pense, plusieurs explications : du fait de son métier, de ses habitudes de travail, de ses fonctions, l'assistante sociale a l'habitude de gérer ce type de situations. Elle actionne sa boîte à outils, son réseau, donne des conseils. Il y a donc toute une partie des dossiers, pour lesquels il y a du renoncement, qui sont gérés par les AS, sans toutefois qu'on les trace (...). Pour le service Social, la PFIDASS c'est aussi quand il n'existe pas d'autres solutions de notre côté. L'assistante sociale peut déjà proposer des solutions dans une majorité de cas. Elle va avoir une prise en charge globale et aborder le renoncement, mais aussi beaucoup d'autres thèmes. Elle va faire des liens entre le problème de santé et d'autres aspects des situations, elle va voir si le problème a des répercussions sur d'autres personnes de la famille aussi. Cela se fait dans une évaluation sociale globale. Et ensuite, le message sur les soins est un message parmi d'autres, les actions sur ce point*

*ne sont, en outre, pas toujours les premières à être menées ».* Service Social, CARSAT Nord-Est.

*« La PFIDASS est davantage sur des renoncements ponctuels chez des personnes pour lesquelles il n'y a pas lieu de déclencher un accompagnement global. Quand on est uniquement, ou principalement, sur de l'accès aux droits, c'est la PFIDASS. Quand il n'y a pas nécessité d'intervenir sur l'une des missions propres du service Social, celui-ci n'est que détecteur ».* Service Social, CARSAT Sud-Est.

○ Il peut être difficile, dans certains cas, de *déconnecter* le renoncement du reste de la situation de l'assuré :  
*« Ça peut vraiment être difficile de déconnecter le renoncement du reste, et ça peut nous questionner donc sur la pertinence de faire une saisine PFIDASS (...). Comme je l'ai dit, l'AS fait un suivi global, de nombreux domaines sont étudiés lors de l'accompagnement et c'est difficile de « saucissonner » les choses ».* Service Social, CARSAT Nord-Est.

○ Les différences de temporalité, liées aux spécificités de chaque forme d'accompagnement, peuvent parfois compliquer les liens de réciprocité entre PFIDASS et service Social, tout du moins faire hésiter les professionnels à faire appel les uns aux autres :

*« Les AS agissent selon une autre temporalité, la notion de temps est importante dans le travail d'autonomisation. L'accompagnement PFIDASS est différent ; les demandes d'aides financières doivent être faites simultanément et rapidement car la situation de l'assuré peut rapidement évoluer. Le service Social prend davantage en compte la temporalité dans le cadre de ses accompagnements. La PFIDASS essaie de travailler à l'autonomisation des personnes, mais la démarche n'est quand même pas la même que celle du service Social (...). Le renoncement aux soins peut être rapidement levé par la PFIDASS ; l'accompagnement social est beaucoup plus complexe ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.

*« Je pense qu'il y a aussi une question de temporalité : c'est parfois plus simple de faire soi-même, d'appeler un service de la caisse si besoin, sans nécessairement passer par la PFIDASS. Il y a une crainte sur ce point de la temporalité (...). Nous avons besoin que la réponse au renoncement s'intègre dans la temporalité de l'accompagnement qui se fait plus globalement ».* Service Social, CARSAT Nord-Est.

○ La multiplication des interlocuteurs peut potentiellement « perturber » les assurés lorsque leurs situations sont très fragiles :

*« Avoir un autre interlocuteur peut d'ailleurs perturber l'assuré, on doit être vigilant au moment où on décide ce qu'on va faire (...). Parfois, il n'est pas souhaitable de multiplier les intervenants. Ça peut complexifier les choses parfois, mais bien entendu, c'est aussi très aidant dans certaines situations ».* Service Social, CARSAT Nord-Est.

### Les modalités d'échange sur les situations entre PFIDASS et service Social

○ Dans plusieurs territoires, les échanges quotidiens, informels, sont facilités par le fait de disposer de toutes les coordonnées nécessaires et/ou par la proximité géographique :

*« Nos relations ne sont pas formalisées, mais on échange par téléphone ou mail selon les situations, pour évoquer des situations et mettre en commun les informations sur les personnes. Il y a une plus-value pour faire avancer la situation car on comprend plus de choses ».* Accompagnante, Hainaut.

*« Les AS sont au même étage ; cela permet les relations directes ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.

○ Dans un territoire, les échanges sur les situations sont plus formalisés ; un outil spécifique (une boîte mail dédiée) a été mis en place :

*« On a un circuit privilégié avec les AS de la CARSAT, une boîte mail spécifique ».* Accompagnant, Bouches du Rhône.

○ Les échanges dans le cadre des Comités d'analyse (parfois dénommés d'une autre manière) concernent la plupart des territoires du panel, mais pas la totalité :

*« Pour échanger de façon formelle, le service Social est associé au Comité technique (deux référentes du service Social sont présentes) ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.

*« Mais nous n'avons pas de Comité technique avec l'équipe PFIDASS ».* Service social, CARSAT Sud-Est.

### Des constats partagés par des acteurs du panel

- L'établissement de relations de travail préalables dans le cadre du PLANIR peut aider à avancer dans la création de liens entre le service Social/PFIDASS :

« Concernant plus particulièrement le service Social, nous avons déjà appris à avancer et à travailler ensemble avec PLANIR. Les professionnels du service Social sont ensuite rentrés dans la PFIDASS progressivement ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

« Nous avons également pris appui sur le PLANIR dans le cadre duquel nous avons notamment un partenariat fort avec le service Social ». Direction, Puy de Dôme.

- La délimitation claire du périmètre d'action et des attributions de chacun est importante par rapport aux partenaires externes de la PFIDASS et aux partenaires internes qui peuvent être amenés à orienter vers le service Social ou la PFIDASS :

« C'est important notamment quand on présente PFIDASS au Conseil départemental, au CCAS... On dit précisément ce qu'est la PFIDASS et ce que n'est pas la PFIDASS, par rapport au service Social ». Direction, Charente.

- Les agents des PFIDASS et les professionnels du service Social ont, chacun, des compétences spécifiques ; ces compétences (tout comme les modes de prise en charge des assurés) sont complémentaires :

« Les accompagnants PFIDASS ont notamment des compétences techniques, administratives qui peuvent faire avancer des situations, c'est évident. Et les délégués sociaux (qui sont ces mêmes accompagnants) abordent le problème spécifique du renoncement. Là où la PFIDASS apporte vraiment un plus, c'est sur les situations complexes d'un point de vue administratif. Sinon comme je l'ai dit, l'AS fait un suivi global, de nombreux domaines sont étudiés lors de l'accompagnement et c'est difficile de « saucissonner » les choses ». Service Social, CARSAT Nord-Est.

- La PFIDASS peut entrer en résonance avec des évolutions générales du service Social vers plus de proactivité et d'anticipation des risques :

« Aujourd'hui, la CARSAT a une démarche proactive à l'échelon national. Notre postulat de départ est pourtant plutôt que le service Social travaille sur un besoin exprimé, à partir d'une demande. Désormais, nous allons plus « au-devant », en nous appuyant sur des requêtes, au travers d'informations collectives. Nous sommes dans une démarche de prévention, à travers de l'individuel mais également du collectif. Nous avons élargi notre façon de voir les choses et PFIDASS résonne avec ça. Il s'agit de ne pas attendre l'assuré, ni que les situations de vie soient trop compliquées. Nous sommes davantage dans une démarche d'anticipation ». Service Social, CARSAT Sud-Est.

- Les détections réalisées par le service Social ont une nature complémentaire à celles effectuées par d'autres catégories de détecteurs, notamment parce que les uns et les autres ne rencontrent pas les mêmes publics et/ou qu'ils ne posent pas le même regard sur les situations :

« Il est vrai que le service Social ne voit qu'une partie des assurés sociaux ; une partie du public de la CPAM n'est donc pas vu par le service social et c'est pour ça que le repérage du renoncement au niveau de la CPAM est important. Il y a un besoin ». Service Social, CARSAT Nord-Est.

« Si on regarde les actes impactés par le renoncement concernant les détections faites par le service Social - consultations chez le généraliste, chez des spécialistes, achat de médicaments, puis soins dentaires -, ce ne sont pas tout à fait les mêmes soins par rapport aux détections faites à l'accueil. Les détections faites par les secrétaires et assistantes sociales, qui sont pourtant basées dans un EAS où il y a aussi des détecteurs PFIDASS « accueil », ne concernent pas la même population. Je me demande si nous ne sommes pas un second niveau de détection ». Service Social, CARSAT Sud-Est.

- Les PFIDASS sont un outil pour le service Social, en particulier, concernant des problématiques de droits, des situations administratives complexes et/ou lorsqu'il y a besoin de montages financiers spécifiques :

« Concernant les 4 situations, il y avait, par contre, besoin d'un travail en partenariat pour faire avancer les choses. La PFIDASS pouvait apporter un plus notamment par rapport à l'étude des droits et aux possibilités d'aide ». Service Social, CARSAT Nord-Est.

« Si je regarde les 20 signalements que le service Social a faits, dans 40 cas, il y a une question d'accès aux droits. Ce peut être un problème d'accès à une couverture complémentaire, la création de dossiers CMU C/ACS... Donc pour ces situations, c'est purement administratif ». Service Social, CARSAT Sud-Est.

## ZOOM SUR LES RELATIONS PFIDASS / SERVICE MEDICAL

### Les modalités de sensibilisation du service Médical à la PFIDASS et à la détection

- Dans plusieurs territoires, le service Médical a été associé au séminaire de lancement de l'expérimentation PFIDASS et/ou aux temps de formation initiaux organisés à Nîmes :

*« Nous avons donc eu 17 détections par le service Médical, qui est plutôt bien impliqué dans la PFIDASS. La responsable administrative était venue lors du séminaire à Nîmes ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

- Dans tous les territoires, le service Médical a été associé à la réalisation des diagnostics des difficultés d'accès aux soins :

*« Nous avons eu des apports au niveau du diagnostic ». ELSM, Hainaut.*

*« Dans le cadre du diagnostic, nous avons passé les questionnaires systématiquement à toutes les personnes venant au service médical ». ELSM, Puy de Dôme.*

- Suite au diagnostic, dans quelques territoires, les professionnels du service Médical - praticiens et/ou agents administratifs - ont été *formés* à la détection « régulière », à l'occasion de formations destinées également aux agents d'accueil et aux autres professionnels des caisses :

*« Le personnel du service médical a été formé à la PFIDASS sur la détection (même formation que pour les agents de la CPAM) ». ELSM, Alpes Maritimes.*

- Dans la plupart des territoires, les professionnels du service Médical ont été *informés* sur la PFIDASS et la détection, lors de réunions « dédiées » - à destination souvent des différentes catégories de professionnels du service Médical - ou à l'occasion de réunions de service :

*« Nous avons eu une présentation de la PFIDASS et de la fonction de signalement auprès des praticiens conseils et des agents du service médical ». ELSM, Puy de Dôme.*

*« Le service est susceptible d'intervenir, l'équipe a été sensibilisée en réunion de service (description de la PFIDASS, fiche de détection...) ». ELSM, Aude.*

- Des « piqûres de rappel » régulières sur la PFIDASS et la détection sont ressenties comme nécessaire au sein de plusieurs ELSM et pensées comme indispensables pour continuer l'acculturation du service Médical à la PFIDASS, nourrir des dynamiques de détection et amener une intégration plus forte de la détection dans les pratiques ; ces « piqûres », quand elles existent, sont réalisées par les médecins-responsables des ELSM ou « en binôme » avec des acteurs d'encadrement des PFIDASS :

*« Un enjeu principal : le besoin de retourner régulièrement vers les équipes, la détection n'est pas toujours spontanée même s'il y a une dynamique ancienne avec PLANIR, qui a permis une culture de la détection, une sensibilisation des médecins conseils au non-recours aux droits et aux situations sociales compliquées. Les raisons de cette nécessité de revenir sur le dispositif : il faut entretenir le réflexe de détection, ne pas le prendre pour acquis, se poser régulièrement la question « pourquoi est-ce que je fais moins de détection. Le plus important est de travailler cette sensibilisation en continu. Par exemple le mois prochain, nous allons faire un point sur la PFIDASS en réunion de service, avec la venue de la caisse pour renforcer le discours ». ELSM, Hainaut.*

### Les types de relations PFIDASS / Service Médical

- Dans plusieurs caisses, les dentistes-conseil du service Médical sont intervenus auprès des accompagnants PFIDASS pour les *informer* ou les *former* sur les aspects relatifs aux soins dentaires, à la lecture des devis, aux types de traitement :

*« Le service Médical a réalisé une petite formation auprès des accompagnants sur le dentaire, pour les aider à*

*comprendre certaines différences concernant les prothèses, les devis... ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.  
« Le dentiste-conseil a fait une formation aux intervenants de la PFIDASS sur le volet dentaire (formation technique sur les indications, sur les coûts et dépassements...), étant donné les problématiques dentaires soulevées dans le diagnostic initial ». ELSM, Aude.*

○ S'agissant des 8 caisses du panel, le service Médical peut être amené à détecter, selon plusieurs modalités ; l'intensité de la détection au sein des ELSM n'est pas homogène entre les territoires du panel :

- La détection peut être réalisée par les médecins-conseils, dans le cadre des rendez-vous avec des assurés convoqués :

*« Au niveau du contrôle médical, il est convenu que les médecins conseils le fassent pour tous les assurés convoqués ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

*« La détection peut se faire auprès de tout public lors des convocations ». ELSM, Hainaut.*

- Les agents administratifs et d'accueil de certains ELSM ont également été formés à la détection :

*« Le personnel de l'administration a aussi été formé mais pas de détection pour l'instant (peu de contact direct avec les assurés). Idem pour l'agent d'accueil, mais pas encore de détection ». ELSM, Hainaut.*

- Il existe, dans certaines caisses, des systèmes de « relais » entre les différentes catégories de professionnels du service Médical concernant la détection ; les agents d'accueil peuvent ainsi être chargés de remplir les fiches de saisine lorsque le praticien détecte un renoncement ou des agents administratifs du *back office* remplissent les fiches, dans le cas de détection faites par les agents d'accueil :

*« Les PS doivent simplement signaler lorsqu'ils détectent une difficulté par rapport à des soins, et ensuite, les agents d'accueil prennent le relais et s'occupent du remplissage du questionnaire ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

*« Pour le service Médical, la détection ne se fait pas par les médecins, mais par les agents administratifs. Lorsqu'ils reçoivent les personnes convoquées, ils doivent systématiquement poser la question du renoncement. Si l'assuré répond qu'il est effectivement en renoncement, c'est un technicien ELSM du back office qui prend le relais pour dérouler l'ensemble du questionnaire ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- Dans une caisse, un circuit de signalement concernant les assurés reçus au service Médical dans le cadre des arrêts maladie, a été mis en place :

*« Nous avons imaginé de la détection pour les personnes qui viennent pour des arrêts maladie. 4-5 signalements pour le moment ». ELSM, Alpes Maritimes.*

- En fonction des territoires, la détection ne se fait pas nécessairement sur tous les sites des ELSM :

*« La détection est mise en place sur un seul des trois sites de l'ELSM, où il y a un accueil individualisé ». ELSM, Hainaut.*

- Dans plusieurs caisses, des affiches ont été mises, dans les ELSM, pour aider à l'émergence de déclarations spontanées de renoncement :

*« Des affiches ont également été mises évoquant la question des difficultés d'accès aux soins pour que les assurés en parlent ». Direction, Charente.*

○ Dans plusieurs territoires, des réflexions sont en cours, ou ont déjà eu lieu, pour faire évoluer et/ou tester d'autres modalités de détection par le service Médical :

*« Nous avons fait une étude à partir de requêtes de soins pour détecter des assurés en renoncement, qui par ailleurs étaient en accident de travail, en maladie professionnelle et avec des séquelles importantes. L'analyse n'a pas mis en évidence de renoncement important, ce sont des personnes bien suivies ». ELSM, Alpes Maritimes.*

*« Nous envisageons de tester un nouveau canal de détection : le niveau 2 de la PFS qui est géré par l'ELSM, qui porte sur des questions médicales et qui est centralisé pour toute la région des Hauts de France. Nous envisageons de passer un questionnaire pour de la détection lors des contacts téléphoniques, c'est important d'avoir un questionnaire pour que la démarche soit mécanique ». ELSM, Hainaut.*

- La fonction d'appui et d'expertise du service Médical, dans le cadre des accompagnements, est plus ou moins marquée en fonction des territoires et peut se traduire de différentes manières :

*« Peu de sollicitations pour le moment, ni de participation aux revues de dossiers ». ELSM, Hainaut.*

*« Il y a la possibilité de solliciter les dentistes conseils, pharmaciens conseils, médecins conseils... par les conseillers PFIDASS pour des questions techniques, au même titre que l'action sanitaire et sociale. Peu de retour pour l'instant sur ce type de sollicitations, qui seraient surtout pour le dentaire ». ELSM, Puy de Dôme.*

*« Le service Médical est intervenu à la demande de la PFIDASS dans le cadre d'accompagnement : 17 sollicitations en 6 mois, 15 sur soins dentaires, 2 situations médicales ». ELSM, Aude.*

- Donner un avis médical concernant des dossiers, par exemple sur la pertinence d'actes dentaires :

*« On peut aider quand il y a besoin d'un avis médical (sur le plan dentaire ou médical), pour des demandes très techniques notamment au niveau du dentaire (par exemple sur la nécessité d'un implant). On peut être interrogés en tant que « conseiller technique » ». ELSM, Aude.*

*« Le service Médical peut aussi aider à bien comprendre quels sont les besoins des personnes et si un plan de traitement alternatif peut être proposé. Par exemple, dans le cas des surfaçages - que l'Assurance Maladie ne prend pas en charge -, le service Médical peut donner son avis ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.*

- Aider à la lecture des devis :

*« Nous avons créé un lien entre l'équipe PFIDASS et le service Médical plus particulièrement sur le dentaire, pour aider à la lecture des devis ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« On avait mis en place un circuit spécifique, on lui transmettait les devis lorsque nécessaire - c'était en l'occurrence un bon moyen de détecter certaines anomalies, des devis très élevés de certains chirurgiens-dentistes par exemple – et il nous donnait son avis, voire il contactait le professionnel de santé, si nécessaire, pour échanger. Je parle au passé parce que ce dentiste-conseil a été muté ». Direction, Charente.*

- Dans certains territoires, des échanges peuvent avoir lieu au sein du service Médical sur des dossiers de personnes accompagnées par les PFIDASS, mais dans le cadre de réunions qui n'ont pas pour objet premier les dossiers PFIDASS :

*« Nous ne faisons pas de revues de dossiers en tant que telle. Il existe un échange entre médecins-conseil sur les dossiers médicaux d'assurés, dans lequel les dossiers d'assurés suivis par la PFIDASS peuvent être évoqués ». ELSM, Alpes Maritimes.*

- Les éclairages techniques des médecins-conseils peuvent, par l'intermédiaire des accompagnants, permettre aux assurés de mieux comprendre les soins qui leur sont proposés et, éventuellement, d'en rediscuter avec les professionnels de santé :

*« C'est important aussi d'avoir un éclairage des médecins-conseils sur des soins hors nomenclatures, sur la nécessité de faire spécifiquement ces soins non pris en charge par l'Assurance maladie ou sur la possibilité d'alternatives prises en charge. On peut ensuite revenir vers l'assuré, lui expliquer, lui donner des clefs pour qu'il fasse un choix éclairé. L'accompagnant fait l'intermédiaire entre le service Médical et l'assuré, en disposant d'un éclairage technique ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- De manière générale, dans tous les territoires, les échanges directs entre des praticiens-conseils des ELSM et des professionnels de santé « de ville » sont limités :

*« Il est arrivé d'appeler le médecin traitant pour les assurés qui ont un suivi PFIDASS pour confirmer le renoncement aux soins, mais rien de plus ». ELSM, Alpes Maritimes.*

*« Ce n'est, à ce jour, pas arrivé que le service Médical prenne contact avec des professionnels de santé ; c'est arrivé, en revanche, concernant des transporteurs. Il y a un « référent transport » au sein du service Médical. C'est lui qui a pris contact avec des confrères ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.*

- Si les praticiens-conseils de plusieurs ELSM donnent des avis sur des devis, aucun n'intervient en revanche dans des formes de négociation des devis, notamment pour ne pas « troubler » la nature des relations avec les professionnels de santé concernant leur mission de contrôle médical :

*« Sur le prix d'un devis, nous n'intervenons pas. Nous pouvons donner un avis mais ce n'est pas le travail du dentiste-conseil de négocier un devis. Les contacts avec les dentistes en ville sont pour le contrôle, ce serait difficile d'entrer dans une relation de marchandage. On ne doit pas oublier le cœur de métier du service ». ELSM, Aude.*

### Les modalités d'échange entre les PFIDASS et le service Médical

- Dans plusieurs territoires du panel, des échanges « au cas par cas » ont lieu entre les accompagnants et les professionnels du service Médical ; ils sont généralement facilités par la proximité géographique - le cas échéant -, par la venue des praticiens-conseils dans les locaux où se trouvent les PFIDASS et/ou par la possibilité de dialoguer par mail :

*« Le dentiste-conseil qui est au même étage que SANTE PASS est sollicité dès que nécessaire ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« Des questions peuvent ainsi être adressées par mail, par les accompagnants PFIDASS, au service Médical ; et il faut souligner que le dentiste vient dans les locaux du Centre Pasteur pour participer aux CASS. Cela facilite les relations ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.*

- Les professionnels de santé des ELSM participent, dans certains territoires, aux revues de dossiers des équipes PFIDASS, non pas de manière systématique mais en fonction des besoins :

*« Notre venue est possible lors de revues de dossiers hebdomadaires ». ELSM, Aude.*

- Dans la plupart des territoires, les échanges collectifs - lors des COPIL et/ou des Comités d'analyse - peuvent permettre de réfléchir à des lignes de conduite, de définir des modes opératoires et/ou de faire des bilans sur l'activité des PFIDASS :

*« Les détections étaient pendant un temps globalement faibles. Cela a été abordé en COPIL PFIDASS avec le responsable administratif du service Médical. Il a proposé que la détection soit faite, de manière systématique, auprès des assurés qui passent par le service Médical. Nous avons, suite à tout cela, eu une recrudescence des saisines ». Direction, Charente.*

*« Le service Médical a été associé dès le départ à la PFIDASS. Une organisation a été mise en place entre les services Sociaux, le service Médical, la PFIDASS... avec une réunion toutes les 6 semaines ». ELSM, Alpes Maritimes.*

- Les échanges PFIDASS / service Médical peuvent permettre de porter le regard sur des « cas », des situations « problématiques », et engendrer une vigilance particulière sur ceux-ci :

*« Il y a un cas repéré avec le service Médical qui a été particulièrement intéressant et qui va nous permettre d'inscrire une nouvelle action au PLANIR. Parfois, le service Médical fixe une reprise de travail pour un assuré ; la reprise est notifiée par les services administratifs et l'assuré peut demander une expertise. Mais tant que ce n'est pas fait, la situation reste ainsi du côté de l'Assurance Maladie. L'arrêt peut toutefois être prolongé plusieurs fois par le médecin de l'assuré. Celui-ci n'est en revanche plus indemnisé. Cette situation peut mettre les assurés dans la précarité et engendrer du renoncement. Nous avons accompagné la personne qui se trouvait dans cette situation, qui n'avait aucun revenu et qui vivait tant bien que mal grâce à des petites sommes d'argent que lui donnait sa famille ; elle a finalement pu obtenir des indemnités concernant une période qui ne lui avait pas été payée et nous avons fait une orientation vers le service Social. Et en faisant une requête, nous avons vu que cette situation n'était pas unique, que d'autres assurés étaient concernés. Nous allons désormais être vigilants ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

### Les potentiels freins à la détection au sein du service Médical

- Aborder la question du renoncement lors des consultations avec les assurés n'est pas nécessairement évident, alors que de nombreuses informations sont déjà données par les médecins-conseils à cette occasion :

*« Nous avons le sentiment que le dispositif est « au creux de la vague », il y a moins de détection qu'au départ. C'est à remettre dans un contexte où les médecins ont déjà beaucoup d'information à faire passer dans une consultation, de domaines à travailler (désinsertion professionnelle, médecine du travail...) dans un temps contraint ». ELSM, Hainaut.*

*« Les médecins-conseils voient bien la hausse de la précarité et des difficultés d'accès aux soins mais ils sont pris dans des flux de consultations denses et ils expriment leur volonté de recentrer leur action sur le médical. Envisager tout l'environnement de la personne, dont le renoncement aux soins, est chronophage ». ELSM, Puy de Dôme.*

- La logique de « contrôle » attachée aux consultations dans le cadre du service Médical, les

problématiques particulières prises traditionnellement en charge par celui-ci, peuvent rendre plus compliquée l’expression d’un renoncement ou les échanges entre les praticiens-conseils et les assurés sur les difficultés d’accès aux soins :

*« De plus, les assurés viennent dans une optique de « contrôle » au service médical et ne sont pas nécessairement dans une relation de confiance, ils n’expriment pas leurs difficultés spontanément ». ELSM, Puy de Dôme.*

*« Le service Médical est centré sur les arrêts/reprises de travail, la désinsertion professionnelle, ce qui ne permet pas d’aborder forcément le renoncement aux soins. Et de ce fait, des circuits existent surtout avec les AS. Les médecins plus habitués à travailler avec les AS ». ELSM, Aude.*

- Questionner sur le renoncement aux soins, sur des problèmes de santé non résolus, alors que les personnes sont venues pour d’autres raisons, n’est pas nécessairement chose aisée pour les agents d’accueil et/ou administratifs du service Médical :

*« Les agents administratifs et d’accueil ont détecté lors du diagnostic, mais poser la question de problématiques d’accès aux soins à l’occasion d’une demande lambda, ce n’est pas intuitif ». ELSM, Hainaut.*

- Le fait de ne pas percevoir suffisamment clairement le périmètre d’action et les objectifs des PFIDASS, par rapport à ceux du service Social, a pu, au démarrage notamment, gêner les détections et les orientations du service Médical vers l’un ou l’autre de ces services :

*« Une difficulté au départ et qui a été levée depuis : clarifier quelles situations relèvent du service social ou de la PFIDASS. Les circuits ont pu être perçus comme complexes, alors qu’auparavant le service Social était le principal interlocuteur du service médical. Il faut tenir compte aussi du fait que le monde du social est parfois un peu étranger au service Médical, qu’il est difficile d’identifier les différents intervenants et leurs missions. Depuis, la distinction a été précisée ». ELSM, Puy de Dôme.*

### Les principaux points d’intérêt des PFIDASS pour le service Médical

- La PFIDASS peut être un outil supplémentaire pour le service Médical face aux difficultés rencontrées par certains assurés :

*« Avant, le service était sensibilisé au renoncement aux soins, avec des signalements à la médecine du travail, aux services sociaux, aux médecins traitants. Avec la PFIDASS, on a un nouveau canal de signalement de ces situations, c’est une aide dans la prise en charge de situations difficiles d’assurés ». ELSM, Alpes Maritimes.*

*« Si l’on veut avoir un impact sur l’accès aux soins et la santé, nous sommes très favorable à ce que ce soit PFIDASS soit une mission complémentaire à l’ELSM, quand il y a la possibilité d’informer et d’agir ». ELSM, Hainaut.*

- La PFIDASS peut permettre de « porter le regard » sur des situations, des types de difficultés, qui n’auraient pas forcément été repérées, perçues, par le service Médical auparavant :

*« Nous avons peu de recul mais c’est un dispositif qui n’est pas inutile pour une partie des difficultés d’assurés qu’on n’identifiait pas nécessairement ». ELSM, Puy de Dôme.*

- Concernant les agents administratifs des ELSM, la détection peut amener à aborder différemment les assurés et induire une potentielle évolution dans la relation avec ceux-ci :

*« Avant de la mettre en place, nous avons testé le remplissage des questionnaires par les techniciens du service Médical et les retours ont été très positifs. Les techniciens trouvent que ça change leur relation aux assurés, ils sortent en quelque sorte d’une logique de contrôle. Ils disent que les assurés sont d’ailleurs agréablement surpris ». Equipe d’encadrement PFIDASS, Charente.*

### Des constats partagés par les acteurs du panel

- La détection par le service Médical permet de « capter » des difficultés d’accès aux soins pour un public qui est, en général et par ailleurs, dans des démarches de soins et/ou confrontés à des pathologies chroniques :

*« Le public orienté vers la PFIDASS n’est pas des personnes coupées de tout circuit de soins. Les assurés viennent pour des*

*arrêts maladie ou d'autres demandes, pour lesquelles ils sont déjà en contact avec un médecin traitant souvent* ». ELSM Alpes Maritimes.

- L'établissement de relations de travail, dans le cadre du PLANIR, peut aider à avancer dans la création de liens entre le service Médical et les PFIDASS :

*« Avant PFIDASS, nous avons également déjà des échanges pour PLANIR avec le service Médical* ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

- La réalisation régulière de bilans avec la PFIDASS et les retours d'information sur les saisines peuvent venir soutenir l'implication du service Médical ; cela est fait dans plusieurs caisses et peut manquer dans d'autres :

*« Parmi les leviers pour garder cette dynamique de détection, on peut faire des bilans du dispositif réguliers. On peut aussi avoir un retour des signalements et de ce que la situation est devenue. Pour l'instant, nous n'avons pas de circuit de retour d'information, mais un travail est en cours avec la PFIDASS pour formaliser les choses* ». ELSM, Hainaut.

*« Nous aurions un intérêt d'un retour global : si le service a fait des signalements, s'ils sont adaptés ou non, si cela a levé les difficultés... »*. ELSM, Puy De Dôme.

## ZOOM SUR LES RELATIONS PFIDASS / CES

### Les principaux types de relations

- Dans toutes les caisses qui disposent d'un CES, les professionnels (administratifs et/ou professionnels de la santé) participent aux dispositifs PFIDASS en tant que détecteurs :

*« Avec le CES, ça marche bien, c'est une « porte d'entrée » très forte dans le dispositif PASS* ». Direction, Hainaut.

*« Le CES est d'ailleurs tout à la fois un détecteur et un partenaire précieux dans les accompagnements* ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.

- Les modalités de détection au sein des CES ont, dans certains caisses, évolué au fil du temps, des échanges entre CES et PFIDASS et/ou des résultats obtenus concernant les premières saisines faites par les Centres de santé :

- La détection par les différents professionnels des CES :

*« Au départ le CES contribuait à la détection par son Assistante Sociale, puis sont venues les secrétaires de l'accueil puis les Médecins eux-mêmes. Cette évolution s'est produite avec le temps les résultats obtenus, la reconnaissance témoignée et la confiance ainsi créée. Quand les premiers accompagnements ont été réussis, nous leur avons dit et expliqué, nous leur avons fait des retours. Nous avons démontré la capacité d'action de la PFIDASS et les avons associés à celle-ci* ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

- La détection à partir de cibles :

*« S'agissant du CES et comme ils utilisent le Score Epices, nous avons, au début, choisi de détecter le renoncement auprès des personnes qui avaient un score supérieur à 70. Nous avons ensuite étendu le dispositif car il y avait des dossiers qui leur semblaient intéressants, pour lesquels ils pouvaient y avoir du renoncement, mais qui ne faisaient pas l'objet d'une détection. Maintenant, le CES détecte quand il n'y a pas d'OC, regarde aussi ce qu'il en est pour les jeunes. Depuis mai 2016, nous avons eu une trentaine de détections sur les 3 antennes du CES* ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

- A côté de leur rôle de détecteurs, les professionnels des CES peuvent, en parallèle, être des « partenaires » dans les accompagnements :

- Les accompagnants PFIDASS peuvent orienter les assurés accompagnés vers le CES pour des bilans de santé ; cette orientation peut constituer une « reprise de contact » avec les soins, un point de départ pour une prise en charge dans certains cas et/ou une occasion, pour les personnes accompagnées, d'échanger avec un professionnel de santé sur leurs parcours de soins, leur état de santé, des actions de prévention :

*« Des assurés accompagnés ont été orientés pour faire un bilan de santé ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Il peut y avoir des orientations des assurés pour des bilans de santé, ça peut être une première étape pour « reconnecter » avec des soins ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« Quand il y a en revanche de vrais troubles psychologiques chez les personnes accompagnées, c'est plus compliqué. Mais lorsqu'elles passent un bilan de santé, on peut leur proposer un rendez-vous avec un psychologue du CES, (présence une fois par semaine). Ça peut permettre de dégrossir le terrain et être un tremplin vers une prise en charge en libéral ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« Certaines découvrent par exemple le Centre d'Examens de Santé lors de l'accompagnement PFIDASS. Celui-ci est important dans ce parcours, les professionnels du centre peuvent en effet eux aussi réexpliquer, réorienter, convaincre la personne ; en effet, en tant que professionnels de santé ils bénéficient d'un certain pouvoir pour convaincre les patients ». Direction, Alpes Maritimes.*

- Dans une caisse, des entretiens sont conduits, au cours des accompagnements, en binôme (accompagnant PFIDASS/médecin-responsable du CES), dans les cas où le renoncement est lié (totalement ou partiellement) à des peurs des soins, des soignants, du diagnostic :

*« Nous travaillons aussi en direct avec les médecins du CES. Nous faisons notamment des entretiens en binôme médecin-responsable du CES / accompagnant, dès lors que le renoncement est lié à une peur des soignants, des soins, du diagnostic. Le médecin participe à lever les craintes, aide l'accompagnant à comprendre ce qui fait peur. Nous avons eu pas mal de situations de ce type où les accompagnants ne comprenaient, en outre, pas nécessairement tous les termes médicaux et où de ce fait ils n'arrivaient pas à être aidants. Nous avons évoqué ce type de situations lors d'un COPIL et le médecin responsable du CES a rebondi. Il dispose d'outils, par exemple le diagramme de Prochaska, pour faire cheminer les personnes dans leurs démarches, pour les aider dans l'évolution de leurs comportements, pour faire mûrir les choses d'un point de vue psychologique... Ces accompagnements restent tout de même fragiles, les craintes ne cèdent pas toujours ou peuvent revenir. Mais les accompagnants présents lors de l'entretien entendent eux-aussi ce que dit le médecin et peuvent ensuite être plus aidants avec les personnes, revenir sur certains arguments... ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

### Les modalités d'échanges

- Dans plusieurs caisses, les échanges réguliers entre CES et PFIDASS peuvent faciliter la réalisation de certains accompagnements, mais aussi le travail d'interconnaissance entre les professionnels des CES et des PFIDASS ; ces échanges peuvent être favorisés par la proximité géographique :

*« Avec le CES, il y a également beaucoup d'échanges directs. Tout comme avec le service Social, ça se fait au fil de l'eau, en fonction des dossiers ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

*« Nous avons l'avantage que le bâtiment où se trouve PFIDASS regroupe l'ASS, le CES, le Service Social et le contentieux de l'ELSM. C'est important cette proximité. Quand on a besoin d'une information, on va vers la personne compétente, il y a une gestion quotidienne des dossiers. La proximité permet la réactivité. C'est important pour la confiance des assurés ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

*« Au Centre Pasteur, nous avons aussi le CES et l'ASS. Nous pouvons donc quasiment organiser un parcours pour permettre aux personnes de prendre en charge leur santé ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.*

- Dans la plupart des caisses, les Comités de pilotage constituent une occasion d'échanger entre les CES et les PFIDASS et peuvent même conduire à la mise en place de circuits de travail et/ou de modes de faire :

*« Nous avons évoqué le type de situations concernant des personnes avec des craintes, des peurs par rapport aux soins lors d'un COPIL et le médecin responsable du CES a rebondi ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« Nous avons un COPIL commun PLANIR/PASS où sont présents CES/service Social/service Médical ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

- Dans quelques caisses seulement, des bilans réguliers sont effectués avec le CES - comme avec d'autres services et/ou composantes de l'Assurance Maladie -, en dehors des COPIL :

*« Une fois par mois, nous faisons un bilan avec l'ASS, le CES, l'ELSM et le Service Social. Ça nous permet d'évoluer ensemble. Le suivi des dossiers est collectif et relayé. On propage ainsi l'implication ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

### Des constats partagés par les acteurs du panel

- Les échanges avec le CES, en amont de la candidature et de la mise en œuvre de la PFIDASS, peuvent aider à la création des liens entre ces deux entités :

*« Avant de candidater, on s'est assurés de l'intérêt du dispositif auprès de toutes les composantes de l'Assurance Maladie et du CES ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- L'implication de professionnels du CES dans la réalisation du diagnostic peut être un moyen pour commencer une acculturation à la détection et lancé la réflexion en la matière :

*« En tout cas, le diagnostic qui a été conduit par les agents d'accueil, le CES, le service Social, le service Médical... a mis le pied à l'étrier de tout le monde ». Direction, Charente.*

- Les professionnels du CES portent le regard sur des formes spécifiques de renoncement, en particulier sur le non-recours (« quand le renoncement est avéré d'un point de vue médical »), sur des situations qui pourraient donner lieu à des ruptures de soins et/ou sur des renoncements multiples :

*« Le CES ne pose pas le regard sur le même type de renoncement. Il voit plutôt le renoncement secondaire, le non-recours. Les détections faites par le CES concernent souvent des renoncements multiples. Les accompagnements qui en découlent sont souvent longs, il s'agit de lever les obstacles « renoncement par renoncement ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

- Comme pour d'autres services ou composantes, le maintien d'une dynamique de détection par le CES n'est pas toujours évident :

*« C'est un peu la même chose au niveau du CES, il y a eu une dynamique au début, qui est un peu retombée ensuite. Nous avons récemment réalisé un bilan que nous avons transmis au médecin chef du CES ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

## ZOOM SUR LES RELATIONS PFIDASS / LUP

### Des choix d'organisation différents en fonction des caisses

- Dans 2 des 4 caisses du panel qui disposent d'une LUP, les dispositifs LUP et PFIDASS sont bien distincts, mais entretiennent des relations :

*« A la CPAM du Hainaut, nous avons le PASS mais aussi une LUP (Ligne Urgence Précarité) qui a été lancée il y a environ 2 ans ». Direction, Hainaut.*

*« Il y a une coexistence entre le dispositif Santé PASS et la LUP ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

- Dans une caisse, la LUP et la PFIDASS sont deux éléments d'une même entité surplombante (la plateforme sociale) et les agents chargés des accompagnements PFIDASS traitent aussi les dossiers LUP :

*« Nous avons une LUP qui est aussi gérée par la Plateforme sociale. Tous les dossiers urgents sont envoyés par les*

*partenaires signataires d'une convention accès aux droits en faveur des publics vulnérables sur une BAL Générique et nous les prenons en charge dans les 48 à 72h heures qui suivent leur réception. Les médecins font parfois des signalements dans le cadre de la LUP qui peuvent entrer dans la PFIDASS ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

- Dans une caisse, la LUP a été rattachée à la PFIDASS et les agents peuvent traités les deux types de dossiers, mais ne les tracent et ne les valorisent pas tous dans OGEDAS :

*« Chez nous, la LUP a été rattachée au pôle ARIANES. Par contre, on ne peut pas tout coder dans OGEDAS, on ne peut pas tout entrer. Par conséquent, le temps d'activité des conseillères sur ces situations n'est pas compté. Lorsque l'on accélère « juste » le traitement d'une CMU, on est en revanche dans le cadre de la LUP, ce n'est donc pas noté dans OGEDAS, mais là c'est normal ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

- Les acteurs des caisses ayant une LUP et une PFIDASS pensent que les champs d'intervention des deux dispositifs se recoupent, mais en partie seulement ; LUP et PFIDASS leur apparaissent comme *complémentaires* au sens où l'un des dispositifs *traite* le renoncement et l'autre peut contribuer (même si ce n'est pas sa vocation initiale) à le *prévenir* :

*« La caisse avait déjà travaillé sur un dispositif assez proche du PAAS, bien que la LUP se concentre sur l'accès aux droits et n'aille pas jusqu'à l'accompagnement à l'accès aux soins et soit dédiée à la gestion de situations d'urgence. La porte d'entrée est aussi différente. Ainsi il n'y a pas de chevauchement PAAS / LUP, mais bien une complémentarité ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

*« Certes, il n'y a pas encore de renoncement aux soins concernant certains dossiers LUP, mais ça peut justement permettre de l'éviter. Ici on n'est pas dans le traitement du renoncement, mais dans son évitement. L'accompagnement ARIANES pour certains dossiers LUP peut favoriser l'autonomie de la personne dans son parcours de soins ».* Direction, Somme.

- Certaines des situations signalées dans le cadre, ou par l'intermédiaire, des LUP peuvent faire l'objet d'une saisine des PFIDASS ; dans les caisses où il y a une LUP et une PFIDASS, la LUP compte donc parmi les détecteurs PFIDASS :

*« Quand la LUP est saisie par un partenaire extérieur et que le coordonnateur de la LUP détecte une situation de renoncement, il oriente vers le PAAS. Il n'y a pas d'instruction des dossiers dans le cadre de la LUP, s'il y a besoin d'un accès aux droits avec du renoncement aux soins, le PAAS prend le relais. C'est le coordonnateur LUP qui fait le lien ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

- La détection et les saisines PFIDASS se font soit par les coordinateurs des LUP, soit directement par les équipes des PFIDASS lorsque celles-ci interviennent sur les deux types de dossiers :

*« La coordinatrice LUP fait le relais entre le professionnel et le dispositif Santé Pass ; c'est elle qui effectue la saisine après rappel de l'assuré ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.

*« C'est le coordonnateur LUP qui fait le lien. Cela évite aussi de multiplier les canaux de contact entrant ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

### **Le portage des dispositifs vers les partenaires institutionnels et/ou associatifs et les professionnels de santé**

- Les partenaires des LUP et des PFIDASS peuvent, en partie, être identiques ; toutes les caisses qui disposent d'une LUP et d'une PFIDASS sont donc vigilantes à ne pas créer de la confusion :

*« Pour les professionnels de santé, il y a un point qui pourrait être un peu difficile à comprendre : c'est la coexistence entre le dispositif Santé PASS et la LUP ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.

*« L'idée est de ne pas perdre les professionnels de santé et de ne pas créer de confusion ».* Direction, Somme.

- Dans une caisse, la préexistence de la LUP et sa bonne implantation auprès des partenaires sont des éléments explicatifs du fait que la caisse n'a, pour l'instant, que peu ouvert la PFIDASS vers l'extérieur :

*« Derrière la LUP, on a tous nos partenaires. C'est pour ça également que l'on n'est pas allé plus loin, pour le moment, en termes de détections externes s'agissant de la PFIDASS. Par l'intermédiaire de la LUP, les partenaires peuvent en*

*l'occurrence signaler des renoncements ».* Direction, Hainaut.

- Partout où il y a une LUP et une PFIDASS, le portage vers les professionnels de santé est fait sur un seul dispositif, ou au travers de l'un des deux dispositifs en particulier ; les orientations des dossiers au sein des caisses vers l'un ou l'autre de ces dispositifs sont transparentes pour les professionnels de santé :

- Le portage est fait (ou a été initialement fait) sur la LUP (ou au travers de celle-ci) dans le Hainaut, la Meurthe et Moselle et l'Aude :

*« Ce n'est pas très portable auprès des professionnels de santé d'avoir les deux, les DAM font donc le portage sur un seul dispositif : la LUP. Nous avons choisi la LUP et non Santé Pass car la LUP concerne l'intégralité du département alors qu'à l'origine Santé Pass ciblait la partie Est du département ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.

*« Les PS qui bénéficient de la LUP n'ont pas un accès direct au PAAS, il n'y a pas d'information spécifique ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

*« Initialement, en ce qui concerne les PS, la communication sur la PFIDASS a été faite au travers de la LUP, via la newsletters et sur AMELI local. Cependant, une nouvelle information sur PFIDASS va être réalisée via la remise d'un flyer par les DAM ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

- Le portage est davantage fait sur la PFIDASS (Pôle ARIANES) dans la Somme :

*« Nous pensons que les PS ont déjà une liste assez importante de numéros pour joindre la caisse – pour des problèmes de logiciel, pour les questions liées à la nomenclature... Ainsi, par exemple, si un médecin diagnostique une pathologie lourde et voit qu'il n'y a pas de droits ouverts, pas d'OC, il peut y avoir un signalement à la PFIDASS sur laquelle ils commencent à être informés ».* Direction, Somme.

## 2.5. Les relations des PFIDASS avec les acteurs de leur environnement

LES PFIDASS ET LES ACTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX DE LEUR ENVIRONNEMENT
Différents niveaux d’intégration des acteurs extérieurs dans le système PFIDASS
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des acteurs <i>sensibilisés</i> à la PFIDASS, mais qui ne sont pas directement impliqués dans son fonctionnement :  <i>« Nous avons sensibilisé, dès le départ, nos partenaires classiques - DRJCS, CCAS, Conseil départemental, ... - au sujet de la PFIDASS. Puis, un peu plus tard, nous avons eu une réunion avec les directions de ces structures - Sous-préfet en charge du Plan de lutte pour l’inclusion et contre la pauvreté, ARS, DRJCS, direction des services du Conseil départemental - pour présenter le dispositif au niveau des acteurs de direction ».</i> Direction, Puy de Dôme.</li> <li>○ Des acteurs <i>informés</i> sur la PFIDASS et <i>formés</i> pour être détecteurs :  <i>« Nous comptons aujourd’hui plus de 30 détecteurs dont 14 structures externes avec lesquelles nous avons signé des conventions. Certains de ses acteurs externes sont très actifs ».</i> Equipe d’encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.</li> <li>○ Des acteurs - formés ou non à la détection - qui peuvent <i>jouer un rôle dans les accompagnements</i> :  <i>« Les partenaires peuvent être aidants dans les accompagnements, au travers de soutiens financiers ou pour obtenir des rendez-vous plus rapides dans certaines structures de soins. L’exemple est pris d’une association intervenant auprès des personnes âgées, qui fait partie du groupement AGIRC-ARRCO, et qui peut participer au financement de certains dépassements ».</i> Equipe d’encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.</li> </ul>
La détection externe : 3 degrés d’ouverture différents concernant le panel
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une caisse n’a pas encore formé de détecteurs externes – l’ouverture à la détection externe est différée, et se fera en fonction notamment de la montée en charge des détections en interne :  <i>« Pour l’instant, la montée en charge des détections est suffisante. Et les accompagnements sont relativement longs ».</i> Direction, Hainaut.</li> <li>○ Deux caisses ont formé des détecteurs externes principalement parmi leurs partenaires « habituels » - l’ouverture à la détection externe est temporisée et se fait à partir de l’observation de la capacité d’absorption de nouvelles saisines par les accompagnants :  <i>« Nous concentrons nos ressources et travaillons de manière étroite avec quelques partenaires. Il y a aussi une question d’organisation interne, nous ne savons, en effet, pas quel volume de détections nous allons avoir et ce que nous allons pouvoir absorber ».</i> Equipe d’encadrement PFIDASS, Charente.</li> <li>○ Les autres caisses ont formé des détecteurs externes parmi leurs partenaires « habituels » et au-delà – l’ouverture à la détection externe est plus intensive :  <i>« Les 5 managers [le dispositif dans l’Aude a un management collaboratif] se sont beaucoup investis dans la création de liens et la formation des partenaires, d’abord les partenaires « reconnus » puis d’autres. Le dispositif Santé PASS de l’Aude est, à l’heure actuelle, un de ceux qui a le plus de détections réalisées par des partenaires ».</i> Equipe d’encadrement PFIDASS, Aude.</li> </ul>
Les modalités de formation à la détection des acteurs externes
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des caisses qui forment systématiquement à la détection lorsqu’elles présentent le dispositif PFIDASS à des acteurs extérieurs :  <i>« On présente systématiquement les modalités de saisine et de détection ».</i> Equipe d’encadrement, ARIANES.</li> </ul>

- Des caisses qui présentent, en premier lieu, le dispositif et forment à la détection, dans un second temps :
  - « Pour faire que les partenariats fonctionnent, ça demande un gros investissement ; il faut un premier temps de présentation, puis un temps de formation, puis il est important d'y retourner. On prend le temps de bien expliquer, on forme directement les professionnels des structures partenaires, ce n'est pas une formation relayée par un cadre de la structure ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.
  - « Quand nous arriverons à la phase où nous maîtriserons encore mieux le dispositif, nous retournerons vers les partenaires sensibilisés pour la détection et verrons pour qu'ils définissent eux-mêmes leurs propres modalités de détection ». Direction, Puy de Dôme.
- Partout, les formations des partenaires externes sont directement assurées par les acteurs des PFIDASS (en général, chef de projet et/ou manager) :
  - « On prend le temps de bien expliquer, on forme directement les professionnels des structures partenaires, ce n'est pas une formation relayée par un cadre de la structure ». Direction, Charente.
- Des outils de formation inspirés de ceux fournis par la CPAM du Gard, que les caisses s'approprient progressivement en y ajoutant des données de leur diagnostic et des éléments concernant des cas concrets de renoncement et d'accompagnement :
  - « Nous nous sommes inspirés de ce que faisait la CPAM du Gard, puis progressivement nous avons rendu le module de formation plus personnel. Aujourd'hui, les échanges lors des formations peuvent être plus riches car nous avons plus de cas concrets à mobiliser, pour alimenter les échanges ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.
- Une caisse qui fournit des supports d'information et le « matériel » nécessaire à la détection à chaque formation, mais aussi suite à chaque temps de sensibilisation auprès d'acteurs extérieurs :
  - « Pour mes présentations, j'ai élaboré un PowerPoint assez sympa et fourni. Je me suis inspirée de celui présenté à Nîmes et j'ai repris certains éléments de notre diagnostic pour donner des indications précises concernant notre département. Je fournis aussi des plaquettes d'information et des formulaires de détection dématérialisés, qui peuvent nous être envoyés par mail ou par courrier ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

#### Des constats partagés par les caisses du panel concernant l'ouverture aux acteurs extérieurs

- La possibilité, au travers des partenariats, de capter d'autres aspects des difficultés d'accès aux soins et d'approcher des populations qui restent à distance de l'Assurance Maladie :
  - « On voit qu'il y a des problèmes liés à la complexité des procédures et/ou à des situations d'illettrisme. Il y a une population méconnue et c'est pour ça qu'il y a besoin de détecteurs autres que les travailleurs sociaux du service Social de la CARSAT ». Service Social, CARSAT Sud-Est.
  - « Tous ces acteurs peuvent connaître et toucher des publics qui ne viennent pas forcément chez nous, qui ne sont pas connus par l'Assurance Maladie. En ouvrant ainsi la détection, on pourrait toucher ceux qui sont, en quelque sorte, « invisibles » pour nous ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.
- La possibilité, au travers des partenariats, d'avoir des interlocuteurs vers lesquels se tourner en cas de difficultés dans les accompagnements et/ou pour compléter les solutions proposées par les CPAM :
  - « Il y a quand-même des situations pour lesquelles nous sommes un peu bloqués, du fait des assurés notamment, qui parfois ne font pas les démarches, peut-être parce qu'ils sont dans des contextes de vie tellement compliqués... Par exemple, nous avons accompagné une personne qui, pour de sombres histoires familiales, s'est retrouvée à la porte de chez elle, à la rue, complètement perdue, sans rien. Elle n'avait même plus de pièce d'identité (...). Dans ce cas précis, nous avons tout fait pour mobiliser des partenaires, nous avons été en lien avec la Préfecture, mais, à un moment, nous touchons aussi nos limites, nous atteignons les limites de notre périmètre d'intervention. Le service Social avait été associé. Mais ni eux, ni nous n'avions plus les leviers d'action ». Direction, Hainaut.
  - « Nous pensons d'ailleurs que les détecteurs sont aussi des « résolveurs » potentiels des renoncements, concernant les devis, les contrats mutualistes... ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

- L'importance, mais la difficulté parfois, d'avoir des interlocuteurs « référents PFIDASS » chez les partenaires :

*« Nous essayons toujours d'obtenir un interlocuteur référent chez les partenaires. L'action de la PFIDASS est portée par ces contacts directs avec les personnes, partenaires comme assurés ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

- La formation d'acteurs extérieurs à la détection ne signifie pas nécessairement qu'une dynamique de détection s'enclenche :

*« Mais, même en faisant tout ça, ça ne donne pas toujours de résultats. Autant bien concentrer nos ressources et travailler de manière étroite avec quelques partenaires ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« Je garde trace de toutes les sensibilisations que je fais et je n'hésiterai pas à retourner voir les acteurs si nécessaire, si je vois par exemple que les détections ne se font pas ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

- La nécessité « d'entretenir le lien » en permanence, de retourner voir les partenaires, pour générer et alimenter une dynamique de détection :

*« Mais créer un lien, former initialement, n'est pas tout, il faut entretenir le lien ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« Pour faire que les partenariats fonctionnent, ça demande un gros investissement ; il faut un premier temps de présentation, puis un temps de formation, puis il est important d'y retourner ». Direction, Charente.*

### Des points d'originalité concernant les acteurs extérieurs ou des pistes de travail à creuser

- Une instance de discussion collective Assurance Maladie/partenaires externes - les matinales Santé PASS dans l'Aude - et une piste de travail en cours - la production d'un flyer en tant que support d'aide à la détection pour les partenaires détecteurs :

*« La CPAM organise trimestriellement des Matinales Santé PASS ; elle invite les partenaires ; l'idée est vraiment de « faire vivre le réseau », d'avoir un « fonctionnement en réseau ». Parmi les partenaires du dispositif, certains se sont noués à cette occasion alors que la CPAM « ne les connaissait pas tant que ça ». C'est le cas par exemple de Pôle Emploi. Il en ressort une réelle satisfaction du fait que l'Assurance Maladie « vienne vers eux ». C'est également le cas de la Banque de France. Ça a apporté aux uns et aux autres une forme d'acculturation » aux questions relatives au renoncement aux soins. Les Matinales ont aussi cette vocation, des rappels sont faits, des petits conseils sont donnés si nécessaire, c'est un moment où la CPAM peut insister parallèlement sur les bonnes pratiques. La première Matinale avait aussi comme objectif de remobiliser les partenaires ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

- Une étude pour mieux connaître « les invisibles » et imaginer de futurs partenariats externes, dans le Hainaut :

*« Nous sommes également engagés dans une étude avec la DRJSCS Nord Pas de Calais Picardie sur le renoncement aux soins des invisibles. Cela s'inscrit plus précisément dans le cadre du PRAPS populations fragiles et de l'Observatoire des fragilités. Odenore est impliqué. Nous sommes dans le cadre d'une étude comparative Rhône-Alpes et Hauts de France. On aimerait vraiment avoir de l'information sur ceux que l'on appelle les « invisibles »... Qui sont-ils ? Où sont-ils ? Comment les toucher ? Sont-ils pris en charge dans des CHRS ? Passent-ils par le CHU ? Si on voit qu'il y a des besoins forts concernant certains partenaires, ça pourrait être un moyen de se rapprocher à l'avenir, ça pourrait donner des pistes de partenariat pour le PAAS ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

### Le cas particulier des PFIDASS dont le périmètre d'action est initialement « limité »

- La prudence dans l'implication des acteurs externes départementaux s'agissant de certaines PFIDASS qui ont initialement limité leur périmètre d'intervention :

*« La mobilisation de partenaires extérieurs n'est pas forcément évidente parce qu'on est pour l'instant que sur le 3<sup>ème</sup>. Certains acteurs, même si la PFIDASS n'est que sur un arrondissement pour le moment, ont déjà souhaité conventionner sur ce point. Ils se projettent par rapport à l'élargissement et se disent qu'ils seront « déjà dedans ». Les PASS sont par exemple dans ce cas de figure ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

## ZOOM SUR LES RELATIONS DES PFIDASS AVEC LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS

### Des partenariats « traditionnels » aux « nouveaux » partenariats

- Une ouverture prioritaire des PFIDASS aux partenaires institutionnels et/ou associatifs « habituels » - en particulier Centre communaux d'action sociale (CCAS), Conseils départementaux, Caisses d'allocations familiales (CAF), Missions locales (MLJ), Centres hospitaliers - :

*« Nous devons réussir à impliquer progressivement toutes les grosses machines avec lesquelles nous avons déjà des partenariats, des conventionnements sur l'accès aux droits, CAF, Conseil départemental, CCAS... ». Des acteurs associatifs avec lesquels des partenariats existaient déjà par le passé participent désormais aussi à la PFIDASS, ils font notamment de la détection ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Certains de ses acteurs externes sont très actifs. Le CHU par exemple, sa Responsable du service Social est très impliquée dans notre démarche. Nous avons d'ailleurs signé plusieurs conventions pour différentes actions PLANIR avec le CHU ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

- La PFIDASS, un moyen pour approcher de nouveaux partenaires institutionnels (Pôle Emploi, Banque de France, Centres médico-sociaux, ...) ou associatifs (associations caritatives généralistes, associations de médiation sociale et/ou d'insertion, associations de patients, ...) :

*« Parmi les partenaires du dispositif, certains se sont noués à cette occasion alors que la CPAM « ne les connaissait pas tant que ça ». C'est le cas par exemple de Pôle Emploi. Il en ressort une réelle satisfaction du fait que l'Assurance Maladie « vienne vers eux ». C'est également le cas de la Banque de France. Equipe d'encadrement PFIDASS ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« Nous avons également un projet avec Pôle Emploi. Direction. J'ai pu approcher les Restos du cœur, le Secours populaire et la Croix rouge et plusieurs CCAS que je n'arrivais pas à toucher jusque-là. Je crois qu'il y avait une attente de la part de ces associations, en tout cas, c'est ce qu'elles disent ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

*« Concernant le secteur associatif, la CPAM est en contact avec le Secours populaire et avec Médecins du monde (MDM). Dans ce cas, la PFIDASS est vraiment une occasion de nouer le contact et d'envisager un partenariat ». Direction, Charente.*

- Des partenariats qui concernent, parfois, plus spécifiquement certaines populations, par exemple les personnes « jeunes » - Centres de formation d'apprentis (CFA) -, les personnes « âgées » - Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), Centre local d'information et de coordination (CLIC) - , les personnes « sous tutelle » - tutelles associatives ou institutionnelles, associations familiales :

*« D'autres partenariats importants ont également aboutis à des conventions. Avec les Missions Locales Jeunes et les C.F.A dans le cadre du Parcours Santé Jeune. La complémentarité de la PFIDASS avec les acteurs des MLJ est d'ailleurs très appréciée. Une convention a également été signée avec les CLIC (Centre local d'information et de coordination) qui détectent les situations de renoncement pour les personnes âgées et handicapées de l'arrière-pays Niçois ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

*« Parmi nos détecteurs, nous comptons aussi l'UDAF et toutes les tutelles associatives ont eu une présentation du dispositif ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- La prudence de certaines caisses concernant les partenariats avec les acteurs associatifs :

*« Pour l'instant, nous n'avons pas de partenariat avec des acteurs associatifs ; nous n'y sommes pas nécessairement favorable dans l'immédiat, ce n'est forcément évident d'impliquer des bénévoles. Nous allons tout de même essayer nous rapprocher de Médecins du Monde qui expérimente un dispositif dans une partie spécifique de notre territoire. Nous allons voir quelles peuvent être nos complémentarités, ils ont par exemple des infirmiers et médecins dans leur dispositif ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

### Des stratégies pour faciliter l'ouverture aux acteurs institutionnels et/ou associatifs

- Les caisses, en particulier celles qui avaient déjà enclenché une dynamique partenariale forte dans le passé, prennent appui sur les réseaux de partenaires préexistants pour enclencher l'ouverture des PFIDASS vers les acteurs institutionnels et/ou associatifs du territoire :

*« La Caisse Primaire, depuis des années, s'investit dans le développement des relations partenariales dans notre département. Nous avons pu constituer un important réseau. Ce réseau c'est un tissu, un terrain favorable dont la PFIDASS peut, et a pu déjà, bénéficier. C'est un élément facilitateur, et dans ce type de challenge toutes les bonnes volontés sont les bienvenues. Nous profitons d'un effet « boule de neige » : nous présentons et échangeons sur le projet PFIDASS avec nos partenaires habituels - municipalités, hôpitaux, mutuelles, associations -, et par la même ces rencontres amènent d'autres acteurs à s'y intéresser, certains CCAS par exemple, qui n'étaient pas jusqu'alors nos partenaires. Nous travaillons donc avec des partenaires établis mais nous constatons progressivement avec la PFIDASS, un élargissement de notre partenariat ». Direction, Alpes Maritimes.*

*« La CAF s'est également montré intéressée par la PFIDASS, il est vrai que certains allocataires se confient aux agents sur leurs difficultés. Elle va également m'introduire vers d'autres acteurs lors d'une réunion avec une association : « Réussite éducative ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

- Certaines caisses profitent de chaque rencontre avec des partenaires, même si celles-ci ne portent pas directement sur la PFIDASS, pour évoquer le dispositif et, éventuellement, enclencher une dynamique de détection :

*« Les partenariats pour le dispositif PFIDASS peuvent naître de partenariats créés préalablement, dans d'autres contextes, ou d'échanges ne portant pas directement et initialement sur le dispositif : les managers évoquent le cas des MAIA. Le dispositif Santé PASS rejoint totalement leur mission ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« Suite à une réunion Santé précarité du Grand Nancy, organisé par la Métropole du Grand Nancy, une Maison de service au public (MSP) a rapidement fait une détection. Ca a également été le cas du service Social de la Ville de Nancy ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.*

- La plupart des caisses procède « par étapes » auprès des acteurs institutionnels et/ou associatifs pour favoriser, progressivement, leur acculturation à la démarche PFIDASS :

*« Au niveau des partenaires toujours, nous avons fait plusieurs réunions d'information auprès des CCAS du département avant de passer à de la formation détecteurs pour aboutir à la signature d'une convention ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

### Les différentes modalités de formalisation des partenariats

- Une majorité de caisses intègre la PFIDASS dans des conventions préexistantes relatives à l'accès aux droits :

*« S'agissant des partenaires, nous avons bien bossé avec une vingtaine d'associations et des CCAS pour présenter ARIANES et lancer une mécanique de détection. Ce sont majoritairement des partenaires déjà connus, on a généralement ajouté la PFIDASS dans des conventions préexistantes, par exemple des conventions relatives à la CMU C et à l'ACS ». Direction, Somme.*

- Des caisses ont proposé à des acteurs de signer de nouvelles conventions « accès aux droits/accès aux soins » et/ou ont intégré systématiquement la PFIDASS dans toutes les nouvelles conventions établies :

*« Sur le 3<sup>ème</sup> arrondissement, et avec la mise en place de la PFIDASS, de nouvelles conventions ont été proposées aux partenaires pour être aussi sur l'accès aux soins ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Et, parallèlement, dans chaque nouvelle convention, le dispositif ARIANES est intégré. C'est par exemple le cas avec l'association APREMIS (Accompagnement Prévention Réflexion Médiation pour l'Insertion Sociale) ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

### Des modalités particulières de détection concernant certains acteurs externes

- Des professionnels de différentes natures possiblement détecteurs externes :

*« A la CAF, nous avons formé les travailleurs sociaux à la détection, nous avons récemment évoqué la possibilité de former les agents d'accueil de la CAF. Mais rien n'est fait, c'est un point sur lequel, pour l'instant, nous nous interrogeons ». Direction, Charente.*

- Des formes de « détection territorialisée », dans le cadre par exemple des Maisons de la solidarité (MDS):

*« Nous avons un ciblage sur des zones géographiques, du fait de nos partenaires. Nous travaillons avec 4 Maisons des solidarités (MDS) du Conseil départemental, qui sont positionnées sur des secteurs géographiques particuliers ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

### ZOOM SUR LES RELATIONS DES PFIDASS AVEC LE MONDE MUTUALISTE

#### Positionnement général par rapport au Monde Mutualiste des caisses du panel

- Deux caisses n'ont, pour l'instant, pas engagé de démarches spécifiques avec le monde mutualiste :

*« En ce qui concerne le monde mutualiste, nous n'avons pas vraiment creusé cette piste. Mais ce n'est pas fermé, nous avons de bonnes relations mais n'avons, pour l'instant, pas engagé de travail particulier sur ce point ». Direction Puy de Dôme.*

*« En ce qui concerne le monde mutualiste, nous sommes en réflexion sur le sujet. Nous avons été contactés par une mutuelle qui souhaitait intégrer le dispositif, mais nous n'avons pas donné suite ». Direction, Meurthe et Moselle.*

- Les 6 autres caisses ont enclenché des discussions avec la Mutualité française :

*« Il y a un travail de partenariat avec la Mutualité Française ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.*

*« S'agissant des partenariats, certains sont particulièrement pertinents. C'est le cas de celui avec la Mutualité française. Son Président a accepté que le dispositif PFIDASS soit présenté au Conseil d'administration ». Direction, Charente.*

- Dans les Hauts de France, les démarches auprès de la Mutualité sont collectives :

*« Sur le monde mutualiste, nous pouvons évoquer les échanges entre les caisses des Hauts de France et la Mutualité ; c'est en cours et ça peut être vraiment intéressant, pour avancer sur la question des montages financiers notamment. La caisse du Hainaut a été mandatée par les trois autres caisses expérimentatrices pour formaliser le partenariat avec la mutualité ». Direction, Hainaut.*

- 3 caisses ont également enclenché ou finalisé des démarches avec d'autres groupements mutualistes et/ou des mutuelles, en particulier les plus implantés sur leur territoire :

*« A la caisse de la Somme, nous avons parallèlement des contacts avec le groupement de mutuelles X, plus précisément avec le responsable de l'action sociale. ARIANES a été présentée, nous avons eu des discussions sur nos pratiques expérimentales. Il faut noter que ce groupement est plus présent dans la Somme que dans les autres départements des Hauts de France ; dans la Somme, elle prend en effet en charge près du quart des bénéficiaires de l'ACS. Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

*« Des partenariats ont également été noués avec quelques mutuelles qui n'étaient auparavant pas en partenariat sur l'accès aux droits ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Nous travaillons aussi avec l'Union X avec laquelle nous avons fait des réunions, visité un de leur centre de soin à Nice et signé une convention. Une convention a également été signée avec la X ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes Maritimes.*

### Les modalités de formalisation des partenariats

- Le besoin, généralement, de plusieurs temps d'échange pour bien se connaître et déterminer la nature des relations, en amont de la formalisation des partenariats :

*« Nous avons rencontré plusieurs fois la Mutualité Française avant de signer une convention, nous sommes allés présenter le dispositif dans des réunions qu'ils organisaient ».* Equipe d'encadrement, Alpes-Maritimes.

*« De notre côté, nous avons encore besoin de mieux connaître leurs domaines d'intervention et leurs modalités d'action. Nous avons sollicité les autres caisses pour participer à ces échanges. Pour l'instant, nous n'avons rien signé ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

- Le principe du conventionnement pour formaliser, le moment venu, les relations :

*« Nous avons acté le principe d'une convention-cadre pour toutes les caisses expérimentatrices PFIDASS des Hauts de France avec, en annexe, des indications concernant les modalités techniques tenant compte des spécificités locales ».*

Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

### La nature des relations entre les acteurs mutualistes et les PFIDASS

- Des acteurs mutualistes détecteurs - en particulier des centres de santé ou dentaires :

*« De la détection peut être effectuée dans les centres dentaires mutualistes avec lesquels nous sommes « en réseau » ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

*« En ce qui concerne la détection, nous avons proposé qu'au sein des centres dentaires de la Mutualité, ils ciblent les assurés qui doivent recevoir des soins et qui, lorsqu'ils ont en main le devis, disent que ça ne va pas être possible pour eux. A ce moment-là, ils peuvent faire de la détection. Pour l'instant, ça représente peu de détections ».* Equipe d'encadrement, Alpes-Maritimes.

- Des centres mutualistes sollicités, par certaines caisses, dans le cadre des accompagnements (par exemple pour obtenir des rendez-vous dans des délais plus rapides) :

*« Ces partenariats avec les centres dentaires peuvent aussi aider pour accélérer les prises de RDV au moment des accompagnements ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

- Des partenariats avec les acteurs mutualistes qui permettent la mise en place de circuits de travail « privilégiés » - désignation d'un référent PFIDASS dans les organismes, définition des modalités de contact - mail/téléphone - utiles dans le cadre des accompagnements :

*« Concernant la Mutualité, après la présentation au Conseil d'administration, nous sommes revenus de manière spécifique vers les organismes intéressés pour mettre en place des circuits de travail privilégiés – comment et qui contacter pour que les dossiers soient traités rapidement ? On a aussi pu avoir accès aux règlements des Fonds sociaux ».*

Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.

*« Nous souhaitons en effet rencontrer l'ensemble des mutuelles qui adhèrent à la Mutualité dans notre département, et disposer si possible des coordonnées de référents dans chaque organisme pour faciliter la recherche d'informations ».*

Direction, Alpes-Maritimes.

- Des partenariats qui permettent aux PFIDASS de disposer des règlements des Fonds d'action sanitaire et sociale des organismes mutualistes et de créer des liens avec ceux-ci afin de les solliciter, dans le cadre de la réalisation de montages financiers :

*« Les partenariats sont importants pour la détection, mais également pour la partie accompagnement. En ce qui concerne les mutuelles, il est par exemple essentiel de connaître les règlements des Fonds d'action sanitaire et sociale ».*

Direction, Charente.

*« Dans le cadre des accompagnements ARIANES et quand il y a besoin de montages financiers, nous pouvons travailler par mail avec cette mutuelle, à travers son Fonds d'action sanitaire et sociale. Cela facilite grandement les choses ».*

Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.

### Des constats partagés par les caisses du panel concernant les rapports des PFIDASS au monde mutualiste

- Les PFIDASS peuvent contribuer à l'évolution des relations de l'Assurance Maladie obligatoire avec le monde mutualiste :

*« Avant, ce n'était pas notre domaine, maintenant nous devons y aller et la PFIDASS contribue à cette évolution ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

- Une dynamique existe, mais elle est à développer ; pour une partie des caisses du panel, cela fait partie des possibles axes d'amélioration du dispositif PFIDASS :

*« Je pense que nous avons une marge de progrès par rapport au monde mutualiste. Ce rapport reste encore embryonnaire, alors qu'il est indispensable. Quand on leur parle de la PFIDASS, qu'on évoque des partenariats, ça réagit plutôt bien ». Direction, Somme.*

*« Il y a bien entendu des axes d'amélioration, je pense notamment aux mécanismes de conventionnement avec des mutuelles ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

- Pour la plupart des caisses, la méthode à employer pour développer les relations avec le monde mutualiste est toutefois incertaine et nécessite une forte prudence :

*« Nous ne pouvons pas conventionner avec un seul acteur mutualiste, un seul organisme. Nous ne devons pas donner la primeur à une mutuelle ». Direction, Meurthe et Moselle.*

*« Pour l'instant, à part avec la Mutualité, nous n'avons pas mis d'autres choses en route avec des mutuelles, nous n'avons pas voulu aller trop loin ». Direction, Hainaut.*

### Points d'originalité ou piste de travail à creuser

- La visite par une équipe PFIDASS d'un centre de soins mutualiste :

*« Dans le cadre de son activité, la PFIDASS est bien sûr en contact avec des centres mutualistes. Toute l'équipe a d'ailleurs visité un centre de soins généralistes afin de comprendre son organisation, qui sont les professionnels qui y exercent, comment se passe le parcours du patient, les différentes étapes de sa prise en charge, les modalités de la facturation ... ». Direction, Alpes Maritimes.*

- Dans un territoire, une ouverture éventuelle de la PFIDASS aux assurés d'autres régimes que ceux du régime général ?

*« La possibilité de proposer le service PFIDASS aux assurés de la MGEN a également été envisagée. Nous n'avons pas encore commencé, nous avons prochainement une réunion de travail, mais nous allons certainement tenter, comme la MGEN travaille sur délégation du régime général de l'Assurance Maladie. Il va falloir faire quelques tests, notamment parce que nous n'avons pas accès aux systèmes d'informations de la MGEN. Il faudra certainement mettre en place des circuits pour récupérer certaines informations dans OGEDAS. On verra, pour l'instant on ne sait pas précisément ce que sera la suite. La PFIDASS va, en tout cas, être présentée aux équipes de la MGEN... ». Direction, Charente.*

## ZOOM SUR LES RELATIONS DES PFIDASS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

### Degrés et modalités de sensibilisation des professionnels de santé au dispositif PFIDASS

- Une caisse n'a pas encore commencé à présenter officiellement la PFIDASS aux professionnels de santé :  
*« Pour l'instant, nous n'avons pas commencé à présenter le dispositif PASS aux professionnels de santé. Nous ne sommes pas non plus passés par les instances conventionnelles pour faire une information sur le dispositif. Je ne dis pas que nous ne le ferons pas ».* Direction, Hainaut.
- Des caisses ont informé de l'existence de la PFIDASS par l'intermédiaire des CPL, et n'ont, pour l'instant, pas engagé d'autres démarches :  
*« Nous avons passé l'information sur la PFIDASS aux professionnels de santé, par l'intermédiaire des CPL. Mais nous n'avons pas encore de démarche très structurée par rapport aux PS. Nous avons souhaité observer comment se passait le démarrage, maîtriser les choses par rapport aux moyens également ».* Direction, Meurthe et Moselle<sup>16</sup>.  
*« Concernant les professionnels de santé, nous avons présenté la PFIDASS aux CPL. La Direction a saisi l'opportunité de rencontres avec trois syndicats de médecins portant sur l'actualité de la CPAM, pour présenter la démarche de l'Institution. Toutefois, il faut attendre la réactivation de la convention médecins ».* Direction, Alpes Maritimes.
- Des caisses ont informé de l'existence de la PFIDASS par l'intermédiaire des CPL - et parfois de l'Ordre - et ont commencé à imaginer des modes de présentation complémentaires impliquant les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) :  
*« S'agissant des professionnels de santé, nous en parlons dans les commissions paritaires. Les chirurgiens-dentistes se sont tout de suite montrés très intéressés. Nous avons donc intégré la sensibilisation des chirurgiens-dentistes et des médecins, aux campagnes des Délégués de l'Assurance Maladie de 2017. Après cela, les professionnels pourront orienter vers la PFIDASS ».* Direction Puy de Dôme.  
*« Le dispositif PFIDASS a par exemple été présenté à chaque CPL : chirurgiens-dentistes, transporteurs, infirmiers... On a pris contact un peu tardivement avec le Président de l'ordre, nous avons toutefois eu un bon accueil, il a proposé qu'un encart sur la PFIDASS soit inséré dans le bulletin d'information de l'ordre, ce sera le cas prochainement. La CPL des médecins, qui va être réinstallée la semaine prochaine, va être sensibilisée à la PFIDASS. Nous avons, parallèlement, eu un contact avec l'ancien Président de la CPL qui a accueilli très favorablement l'existence de la PFIDASS et qui, alors que par le passé, il refusait la visite des DAM, a accepté la visite concernant la PFIDASS ».* Direction, Charente.
- Dans une caisse, la présentation de la PFIDASS aux médecins et pharmaciens est assurée par les DAM, mais lors de visites ne portant pas spécifiquement sur le dispositif :  
*« S'agissant des médecins et pharmaciens, ce sont les DAM qui présentent ARIANES lors de rencontres qui ne sont, toutefois, pas spécifiquement dédiées à la présentation du dispositif. Ce ne sont donc pas des rencontres spécifiques, on profite de visites aux professionnels de santé pour présenter le dispositif ARIANES et remettre une carte de visite. A ce jour, nous avons eu 5 détections par des médecins et 2 par des pharmaciens ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.
- Une caisse a également choisi de passer par un dispositif spécifique - MT'Dents porté par l'Assurance Maladie en lien avec l'Union française de la santé buccodentaire (UFSBD) - pour engager un partenariat avec les chirurgiens-dentistes :  
*On a commencé à parler du dispositif aux syndicats. Pour les chirurgiens-dentistes, nous avons fait le choix de passer par « MT'Dents ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

<sup>16</sup> Nous avons eu récemment l'information selon laquelle cette caisse va prochainement distribuer des flyers sur la PFIDASS aux professionnels de santé, par l'intermédiaire des DAM.

### Des positionnements différents concernant les contacts directs avec les professionnels de santé, dans le cadre des accompagnements

- Une caisse ne souhaite pas que les accompagnants PFIDASS entrent directement en contact avec les professionnels de santé ; la démarche consiste plutôt à faire de la « médiation » entre les assurés et les PS au travers des notifications d'Action sanitaire et sociale (ASS) ou du service Médical :

*« En ce qui concerne les professionnels de santé, les accompagnants n'entrent pas en contact direct avec eux. Les PS ont en revanche connaissance des notifications d'Action sanitaire et sociale (ASS) ou du service Médical. Nous avons cependant une spécificité concernant l'ASS. Ce service établi des « refus pédagogiques », au travers des notifications, pour souligner notamment quand un montant de devis est jugé excessif. Les assurés peuvent aller voir leur PS avec cette notification sans se mettre en porte à faux avec celui-ci ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

- Dans une caisse, les échanges avec les professionnels de santé/structures de soins, en cas de besoin au cours des accompagnements, sont, pour le moment, menés par un acteur de direction ou par un membre de l'encadrement PFIDASS :

*« S'agissant des PS, nous les contactons pour qu'ils nous épaulent dans la levée du renoncement. Il y peut y avoir, comme cela, des circuits privilégiés avec les PS. Mais quand il y a besoin d'un contact avec un PS, pour l'instant, ce ne sont pas les accompagnants qui s'en chargent mais un agent de direction ou un cadre de la PFIDASS. Nous sommes encore sur des terrains sensibles pour tout ce qui concerne le tiers payant ». Direction, Charente.*

- Les accompagnants des autres caisses peuvent être amenés à entrer en contact direct avec des professionnels de la santé/structures de soins, au cours des accompagnements :

*« Les professionnels de santé sont, pour l'instant, principalement sollicités par les accompagnants en tant « qu'effecteurs » de soins » ». Equipe encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Les conseillères peuvent ainsi être en contact avec des professionnels de la santé. Les PS se rendent compte de la vraie volonté de la caisse d'accompagner les personnes dans la réalisation des soins ». Equipe encadrement PFIDASS, Somme.*

### La nature des relations entre les PFIDASS et les professionnels de santé

- Les professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers) et les structures de soins (centres dentaires et/ou de santé, CHU) peuvent être « détecteurs », mais aussi « relais » pour convaincre des patients d'accepter un accompagnement PFIDASS :

*« S'agissant des PS, nous avons eu quelques remontées notamment une d'un chirurgien-dentiste ». Direction, Charente.*

*« En fait, nous leur demandons aujourd'hui d'être des relais, car nous souhaitons que les professionnels de santé expliquent, aux personnes qui en auraient besoin, l'intérêt d'accepter un accompagnement PFIDASS ». Equipe d'encadrement, Alpes Maritimes.*

- Pour l'instant, le volume de détections par les professionnels de santé restent globalement modeste ;
- Les contacts directs des PFIDASS avec des professionnels de santé libéraux et/ou des structures de soins, dans le cadre des accompagnements, peuvent avoir pour but :

- Une prise de rendez-vous (pour obtenir un rendez-vous plus proche dans le temps, parce que la personne n'ose pas appeler ou rencontre des difficultés à s'exprimer, ...) :

*« Les contacts peuvent concerner des prises de RDV pour des personnes qui ne seraient pas autonomes et qui le demandent ; nous avons aussi des sollicitations d'assurés pour raccourcir les délais ». Accompagnante, Somme.*

- De trouver un spécialiste qui accepte de recevoir une personne accompagnée ou un médecin traitant à des personnes qui en sont dépourvues :

*« Il est possible que les accompagnants PAAS soient en contact avec des PS dans le cadre d'une recherche de médecin traitant par exemple. Nous avons, en effet, une problématique de désertification médicale. Avant, c'était uniquement le conciliateur qui faisait ce type de recherches, mais nous avons désormais un accord : si la personne est suivie par le PAAS, c'est l'accompagnant et non le conciliateur qui cherche le médecin traitant ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

- Une demande d'application du tiers payant intégral ou l'étalement d'un reste à charge :

*« Il peut y avoir des contacts directs au sujet du tiers payant intégral et de la problématique de son application, qui est un facteur de renoncement aux soins. Il est possible d'appeler le professionnel de santé pour qu'il le fasse ». Accompagnantes, Aude.*

*« Les accompagnants peuvent également être en contact avec des dentistes ; ils appellent par exemple lorsque l'aide de l'ASS ne couvre pas complètement le RAC et ils voient avec le PS si un échelonnement des paiements pour la somme restante est possible ». Equipe d'encadrement, Hainaut.*

- Demander des précisions sur les soins - par exemple concernant des actes hors nomenclature - ou des informations pour compléter certains dossiers à « caractère médical » :

*« Les contacts téléphoniques ont uniquement vocation à obtenir une clarification des soins apportés à l'assuré pour les accompagner au mieux, par exemple clarifier les actes hors nomenclature sur un devis d'un dentiste, voir avec un ophtalmologue si d'autres traitements que l'intervention au laser ne sont pas possibles... ». Déléguee sociale, Meurthe et Moselle.*

*« Il arrive de demander des précisions aux professionnels de santé lors de demandes d'aides financières ou de dossiers MDPH, par exemple pour compléter le certificat médical pour des demandes de Prestation de compensation du handicap (PCH) ». Accompagnante, Somme.*

### Des positionnements différents des caisses du panel concernant certains types de contacts

- 3 caisses du panel ne souhaitent pas prendre contact avec les professionnels de santé pour obtenir des rendez-vous aux assurés ou réduire les délais de rendez-vous :

*« Concernant les professionnels de santé, nous ne souhaitons pas, lors des accompagnements, demander des RDV prioritaires. Nous n'avons pas non plus envie de favoriser un PS ou un autre. Donc, nous essayons d'informer sur l'offre de soins mais sans favoriser qui que ce soit. On ne veut pas privilégier un offreur de soins, un centre en particulier. Vraiment, s'il y a une situation urgente, on va orienter vers le Centre dentaire attaché à la CPAM ». Direction, Charente.*

- Une caisse a commencé à prendre contact avec des professionnels de la santé pour négocier des devis, une autre a effectué des négociations uniquement auprès d'audioprothésistes et ne souhaite pas élargir cette pratique à d'autres catégories de professionnels de santé :

*« Les conseillères se sont lancées pour négocier auprès de certains professionnels ». Equipe d'encadrement, Puy de Dôme.*

- Les 6 autres caisses ne veulent pas s'engager dans des démarches de négociation de devis :

*« Nous trouvons difficile de demander des baisses de devis car nous avons quelques difficultés à mesurer la pertinence de certains devis, même lorsque l'avis du dentiste conseil est sollicité, ce dernier n'ayant pas forcément toutes les informations nécessaires pour se positionner ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

- Ces organismes pensent préférable :

- d'apporter des conseils aux assurés pour qu'ils engagent eux-mêmes des discussions avec les professionnels de santé sur les coûts des soins ou pour qu'ils réalisent d'autres devis :

*« De notre côté, nous pouvons « briefer » les personnes accompagnées pour qu'elles essaient, elles-mêmes, de négocier. C'est plutôt, me semble-t-il, à l'assuré de le faire ». Direction, Somme.*

- de mobiliser tous les outils à leur disposition pour essayer de prendre en charge les coûts des devis :

*« On essaie plutôt de travailler sur le « comment on prend en charge », plutôt que sur le « comment faire baisser les*

*devis ». Je trouve très compliqué d'être dans des formes de négociations. Ce n'est pas que les professionnels de santé ne seront pas à l'écoute, mais beaucoup disent qu'ils adaptent déjà les tarifs en fonction de la situation des personnes. Je pense que ce n'est qu'une partie de la réalité ». Direction, Somme.*  
*« On préfère des alternatives comme le service action sociale qui demande un deuxième devis dans le cadre des aides financières ». Accompagnante, Somme.*

### Des constats partagés par les caisses du panel concernant les rapports des PFIDASS au professionnel de santé

- L'accueil du dispositif PFIDASS par les professionnels de santé à qui il a été présenté est plutôt favorable, les difficultés d'accès aux soins font écho à des situations qu'ils rencontrent dans leurs pratiques quotidiennes ; pour autant, il n'est pas évident d'enclencher des dynamiques de détection :

*« Globalement, nous n'avons pas eu de réticences marquées des professionnels de santé. La PFIDASS touche pourtant des dossiers sensibles ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

*« Quand nous avons présenté ARIANES dans le cadre de la CPL des chirurgiens-dentistes, nous avons eu des réactions intéressées qui montraient que ça faisait écho, pour eux, à l'état de la dentition de certaines personnes. Les dentistes ont confirmé que les états dentaires pouvaient être parfois très dégradés, qu'il n'y avait, chez certaines personnes, pas de prise en compte de leur santé. Au niveau du département, la démographie médicale s'agissant des chirurgiens-dentistes n'est en l'occurrence pas favorable, ils ne sont plus très nombreux, il arrive que personne ne reprenne les cabinets après des départs à la retraite ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

- La nécessité d'être prudents et de réfléchir à des « lignes de conduite » communes, permettant toutefois de tenir compte des contextes territoriaux spécifiques concernant l'offre de soins :

*« Globalement, nous sommes quand-même prudents... On attend aussi de voir le positionnement au niveau national ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Il est important de dire que nous sommes dans une région où l'offre de soins présente des coûts parfois très élevés... Sur ce point, on ne peut pas faire que calquer les choses d'un département à l'autre, on peut passer par les CPL, mais il faut être prudent ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.*

### Des points d'originalité, des pistes de travail à creuser

- Le partenariat PFIDASS / Programme « MT'Dents », mis en œuvre dans les Bouches du Rhône :

*« Un accord a aussi été mis en place avec l'UFSBD ; des médecins font de la détection dans les écoles. Quand les détections sont effectuées dans ce cadre, il est nécessaire d'obtenir le consentement des parents pour engager un accompagnement. Ce sont les écoles qui fournissent des renseignements sur les coordonnées des parents, dans le cadre du programme « MT'Dents ». Il y a une coordination entre ce programme et la PFIDASS, c'est vraiment intéressant de pouvoir articuler les choses ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

## 2.6. Les instances d'échanges collectifs, stratégiques et opérationnelles

### ZOOM SUR LES INSTANCES STRATEGIQUES ET/OU OPERATIONNELLES

#### Les instances d'échanges stratégiques

- Dans toutes les caisses, des Comités de pilotage « internes » (COFIL) ont été mis en place pour partager les informations, favoriser les échanges sur les PFIDASS, s'approprier collectivement le dispositif ; ils regroupent, en général, des agents de direction, les cadres des PFIDASS, les responsables de différents services des caisses en relation avec les plateformes (Accueil, Relation clients, Prestations, Action sanitaire et sociale...), les responsables des services Social et Médical ainsi que des CES :

- Dans une partie des caisses, les COFIL sont dédiés à la PFIDASS :

*« Dès le départ, nous avons mis en place un COFIL piloté par la Direction associant le chef de projet, le choix s'étant porté sur la responsable Prestations pour cette mission, le CES, les services Social, Médical, la responsable Accueil (qui était d'ailleurs aussi venue en formation)... Au démarrage, le COFIL se réunissait une fois par semaine. Aujourd'hui, environ une fois toutes les 3 semaines ; sa composition a également évolué : maintenant par exemple, il y a la responsable du service Solidarité. La conciliatrice est venue également à une réunion. Et en fonction des thématiques, il peut y avoir une intervention d'un service ou d'un autre ».* Direction, Charente.

*« Il y a nécessairement un temps d'apprentissage pour faire comprendre la plus-value de la PFIDASS. En interne, le COFIL PFIDASS est important pour se mettre en ordre de marche, encore plus dans une grosse caisse comme la nôtre. En fin de COFIL, on échange sur des cas, c'est stratégique car il y a beaucoup d'acteurs autour de la table – CARSAT, Pôle Prestations, ASS, CES, service Médical. Il y a un temps d'appropriation collective ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

*« Nous avons un COFIL où il y a tous les responsables des services. Une fois par mois, nous faisons un bilan avec l'ASS, le CES, l'ELSM et le Service Social. Ça nous permet d'évoluer ensemble. Le suivi des dossiers est collectif et relayé. On propage ainsi l'implication ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Alpes-Maritimes.

- Dans une caisse, le COFIL est commun au PLANIR et à la PFIDASS :

*« Nous avons un COFIL commun PLANIR/PASS où sont présents CES/service Social/service Médical. Un temps est dédié au PASS lors de chaque COFIL, au début ; nous faisons un point de situation, nous présentons des graphiques relatifs aux situations accompagnées, aux renoncements, nous donnons les dernières informations... ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.

- Dans une caisse, le COFIL est ouvert aux partenaires et, dans une autre, l'instance de pilotage stratégique PFIDASS est tout particulièrement dédiée aux partenariats :

*« La CPAM organise trimestriellement des Matinales Santé PASS ; elle invite les partenaires ; l'idée est vraiment de « faire vivre le réseau », d'avoir un « fonctionnement en réseau » ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Aude.

*« Un COFIL PFIDASS est organisé une fois par mois ; différentes directions et sous-directions de la CPAM sont invitées, notamment celle des prestations, le responsable du département accueil et les responsables des accueils, le service ASS, le service Social, le service Médical, le CES sont conviés, l'équipe PFIDASS est présente. Des partenaires sont aussi invités. Il s'agit, à travers ces RDV réguliers, de présenter l'actualité de la PFIDASS, les avancées, les fonctionnements... ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.

- Le rythme des COFIL est plus ou moins régulier en fonction des caisses ; cela peut freiner la mise en œuvre des plateformes :

*« Nous n'avons fait que deux COFIL jusque-là, ce n'est peut-être pas suffisant ».* Equipe d'encadrement PFIDASS, Meurthe et Moselle.

*« Nous avons eu 7 COFIL depuis le démarrage, le service Social est toujours invité. Dès le départ, on a été sollicités dans la continuité des COFIL PLANIR ».* Service Social, CARSAT Sud-Est.

## Les instances d'échanges opérationnels

- La plupart des caisses a mis en place une instance pour permettre les échanges plus opérationnels sur les dossiers PFIDASS, l'instauration de circuits de travail et de modes opératoires avec les autres services/composantes, la création des articulations ; en fonction des caisses, de leur taille mais également de l'existence de services particuliers, ces instances n'ont pas le même dimensionnement et fonctionnent à des rythmes différents :

- Une caisse a instauré des « Comités d'analyses », bimensuel, associant les composantes Médicale et Sociale et les responsables de plusieurs services « techniques » (Action Sanitaire et sociale, Prestations, Accueil, Relation clients...) :

*« Tous les 15 jours, nous nous réunissons en Comité d'analyse (composé de l'ELSM, de la responsable ou l'adjointe du service social de la CARSAT, du responsable relation clientèle, du service action sanitaire et sociale, d'ARIANES) pour partager de l'information sur le dispositif, faire remonter certaines situations et identifier de nouvelles solutions, se coordonner si des situations sont partagées entre services ». Accompagnante, Somme.*

- Une caisse a instauré des « Comités techniques », bimensuel, associant le service Social ainsi que des services propres à cette caisse - le Relais Santé et le Cap Santé ; ils ont, en particulier, vocation à travailler les articulations entre les différents services et les « passages de relais » :

*« Pour échanger de façon formelle, le service Social est associé au Comité technique (deux référentes du service Social sont présentes). Ces Comités ont lieu tous les 15 jours, on zoome sur des situations et nous faisons également un point sur toutes les saisines. La relation client (agents d'accueil et managers), le Relais, le Cap santé sont représentés. Il y a bien entendu les conseillères PFIDASS. Dans ce Comité, on aborde également les co-suivis, les passages de relais... ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Puy de Dôme.*

- Une caisse programme des « commissions d'expertise » en fonction des besoins ; elles ont vocation à trouver collectivement des solutions aux situations présentées et associent un médecin-conseil, le cadre PFIDASS, un agent de la PFIDASS et les responsables de différents services/composants (service Social, service Professionnels de santé ...) et les agents de direction de la CPAM :

*« Nous n'avons pas de revues de dossiers fixes mais une « commission d'expertise » qui est programmée quand le besoin se présente. Sur 123 accompagnements depuis le début, 7 dossiers ont été présentés en commission. La commission réunit différentes compétences et son objectif est de trouver des solutions aux situations présentées, par exemple je me souviens d'une situation où il a fallu clarifier la prise en charge de certains soins au titre des prestations légales et envisager des aides au transport ». Déléguée sociale, Meurthe et Moselle.*

- Une caisse fonctionne avec des « revues de dossiers », hebdomadaires, interne à l'équipe PFIDASS, qui n'associe le service Social et Médical qu'en cas de besoin :

*« Nous avons une réunion chaque semaine composée de 4 accompagnatrices et une partie du comité de suivi, qui gère les partenariats pour la détection.... Si besoin, le service Médical ou le service Social vient. C'est un lieu pertinent pour voir des pistes de travail ou des solutions qu'on n'aurait pas envisagé seul. Au démarrage de la PFIDASS, c'était aussi important pour se rassurer sur l'accompagnement et les solutions proposées ». Accompagnantes, Aude.*

- Une caisse a instauré des « comités d'analyse », bimensuel, qui regroupe les professionnels de la PFIDASS et ceux du service Précarité ; il s'agit, ce faisant, de lever des blocages sur certains dossiers, de favoriser la connaissance mutuelle entre les services et la réflexion sur les circuits de travail :

*« Nous avons des « comités d'analyse des dossiers » tous les 10-15 jours, composé du service précarité (responsable, cadres, 2 accompagnatrices et 2 personnes en charge du volet PLANIR, 2 services civiques en observation). Les conseillères PFIDASS présentent les dossiers pour lesquels il y a des blocages, une absence de solution, ou qui relèvent de nouvelles problématiques. C'est un comité pertinent car c'est du « donnant-donnant » : échanger sur les dossiers permet d'avoir un œil extérieur quand on est la tête dans les dossiers... Ça permet de voir des solutions auxquelles on n'aurait pas pensé. Et ça permet au service Précarité de comprendre le fonctionnement de la PFIDASS ». Accompagnantes, Bouches du Rhône.*

**Regard sur des situations spécifiques  
où instances stratégiques et opérationnelles se recoupent et/ou sont absentes**

- L'absence de comités techniques ou de revues de dossiers dans deux caisses :

*« Pour l'instant, nous ne faisons pas de Comités d'analyse ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Hainaut.*

*« Nous n'avons pas ressenti la nécessité d'avoir une revue de dossiers : le bureau PFIDASS est en Open Space ce qui facilite la communication au quotidien, qui permet d'échanger sur des solutions et de lever rapidement les blocages ». Accompagnant, Alpes Maritimes.*

- Dans 3 caisses, Comités techniques et COPIL se superposent et/ou se recoupent :

- Dans une caisse, Comités techniques (ou d'analyse) et COPIL sont regroupés ; les réunions se déroulent en deux temps :

*« Le COPIL et le Comité d'analyse sont regroupés et ont lieu une fois par mois. C'est une même réunion, mais en deux temps. Un premier plus stratégique et un second sur des aspects plus pratiques, avec les accompagnants PFIDASS, où nous essayons, à partir de cas, de mettre en place des lignes de conduite. Par exemple sur des situations qui vont être récurrentes ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

- Dans une caisse, les COPIL (qui regroupent toutes les composantes de l'Assurance Maladie) ont une coloration opérationnelle au travers de la présentation de « cas pratiques » par les accompagnants ; dans cette même caisse, les Comités d'analyse des dossiers n'associent pas les services Médical et Social :

*« Un COPIL PFIDASS est organisé une fois par mois ; différentes directions et sous-directions de la CPAM sont invitées, notamment celle des prestations, le responsable du département accueil et les responsables des accueils, le service ASS, le service Social, le service Médical, le CES sont conviés, l'équipe PFIDASS est présente. Des partenaires sont aussi invités. Il s'agit, à travers ces RDV réguliers, de présenter l'actualité de la PFIDASS, les avancées, les fonctionnements... Un point est, en parallèle, fait à partir du tableau de bord. Les accompagnants viennent aussi pour présenter des « cas pratiques » ; cela permet de montrer la diversité des situations de renoncement prises en charge dans le cadre de la PFIDASS. Les accompagnants peuvent, en particulier, évoquer des cas sur lesquels « ils coïncent ». Les COPIL permettent alors de travailler ensemble sur ces cas pratiques, d'établir éventuellement, avec les partenaires, des contacts privilégiés dans l'optique de résoudre certaines difficultés (...). Les COPIL peuvent aussi être l'occasion de définir des modes opératoires. Ça a été le cas avec le service Social et le service Médical ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Bouches du Rhône.*

*« Nous n'allons pas au Comité technique. A la fin de chaque COPIL, les agents PFIDASS présentent des cas, mais ils sont anonymes. On n'est pas là pour les régler individuellement, mais ça permet d'illustrer le travail de la PFIDASS. Je m'en sers d'ailleurs dans mes réunions de service lorsque j'évoque la PFIDASS ». Service Social, CARSAT Sud-Est.*

- Dans une caisse, le « Comité d'analyse » est une instance à vocation plutôt opérationnelle, mais qui nourrit également une réflexion stratégique autour de la PFIDASS et tient lieu de COPIL :

*« Le service Social et le service Médical participent au Comité d'analyse auquel sont également associés le responsable de la relation clients, le responsable de l'ASS et les conseillères ARIANES. Les Comités ont lieu tous les 15 jours, on essaie de trouver des solutions ensemble sur certains dossiers, on voit comment finaliser les accompagnements), nous abordons des aspects techniques. Par exemple, sur des dossiers où il va y avoir de gros RAC, on regarde comment s'y prendre, si on peut faire une orientation dans le parcours de soins... On travaille sur les dossiers qui nous paraissent peut-être moins évidents et on mobilise les connaissances des uns et des autres. Chacun vient alimenter la réflexion. On fait en parallèle un point sur les détections, les moyennes, un retour sur les points importants (par exemple, suite au séminaire intermédiaire à la CNAMTS, nous avons fait une synthèse) ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Somme.*

**Des constats partagés par les acteurs du panel**

- Les échanges avec toutes les composantes de l'Assurance Maladie, ainsi qu'avec les CES, dès l'élaboration de la candidature PFIDASS fournissent un terreau favorable pour la suite et des points d'ancrage positifs

aux instances stratégiques :

*« Avant de candidater, on s'est assurés de l'intérêt du dispositif auprès de toutes les composantes de l'Assurance Maladie et du CES. Tout de suite, on a eu des échanges. D'ailleurs, au séminaire de lancement, un travailleur social du service Social était présent avec nous. Aujourd'hui, ce serait à refaire, on ne ferait pas différemment. Ça fonctionne bien parce qu'on est vraiment sur une approche Assurance Maladie et non pas seulement CPAM. Tout cela a été aidé par le fait que les relations de travail sont bonnes. La logique de partenariat entre composantes notamment est déjà bien développée ; mais je le dis, c'est quand même très « personnes dépendant ». Direction, Charente.*

*« Un autre élément fondamental pour la PFIDASS a été au cours de notre expérimentation l'implication dès le départ du service Social et du service Médical. Nous avons déjà mis en place, pour ce qui nous concerne, un Co pilotage dans le cadre du PLANIR avec le service Social et le service Médical. Nous avons donc des relations préétablies et l'habitude de se rencontrer régulièrement pour faire des points de situation. Il en est résulté que les acteurs de ces services ont été à nos côtés dès le départ pour le projet PFIDASS ». Direction, Alpes Maritimes.*

- Les échanges « en continu » entre les PFIDASS et les principaux services des caisses/composantes de l'Assurance Maladie sont indispensables pour créer du liant, en dehors des temps d'échanges opérationnels formalisés :

*« Nous avançons ensemble, nous ne rencontrons pas de difficultés particulières sur le « qui fait quoi », sur les limites de « territoire ». Tous les acteurs respectent leurs compétences respectives et très vite, les interactions se sont mises en place, de manière naturelle. C'est là un élément important du fonctionnement de la PFIDASS. En effet, il est nécessaire de stimuler au fur et à mesure l'investissement de chacun. Il est important de solliciter régulièrement tous les acteurs, « prendre la température ». Il faut également partager en permanence les informations, la connaissance sur les situations de renoncement, les ressentis, les difficultés ». Direction, Alpes-Maritimes.*

- Les échanges au sein des équipes PFIDASS, entre cadres et accompagnants et/ou entre accompagnants, sont des points d'appui majeurs dans la réalisation des accompagnements ; ils favorisent, en outre, les apprentissages collectifs :

*« Le manager fait aussi un travail quotidien d'analyse des dossiers et échange avec les accompagnants autant que nécessaire ». Equipe d'encadrement PFIDASS, Charente.*

*« Ça se passe bien également parce que les accompagnantes font des points très réguliers avec leur responsable, qu'elles échangent... ». Direction, Hainaut.*

*« On échange au fil de l'eau entre conseillères (et avec le responsable) pour réfléchir sur les solutions à certains accompagnements, affiner le plan d'accompagnement... ». Accompagnante, Somme.*

## **PARTIE III CONCLUSIVE**

### **LES PFIDASS : DES POINTS DE FORCE, DES ZONES DE FRAGILITE, DES CHANTIERS EN COURS**

#### **3.1. Des raisons de s'engager dans l'expérimentation PFIDASS qui, globalement, se recourent d'une caisse à l'autre**

Les Caisses du panel se sont engagées dans l'expérimentation PFIDASS pour plusieurs raisons :

- Parce que **le dispositif s'inscrit dans la lignée d'actions mises en œuvre par les caisses**, avec une intensité plus ou moins importante en fonction des territoires, visant à renforcer l'effectivité des droits maladie **et les prolonge** en faisant, plus systématiquement, de l'accès aux soins la finalité de l'action ;
- Parce que **le dispositif est cohérent avec le mouvement engagé au travers de la démarche PLANIR pour transformer la relation aux assurés et peut permettre d'approfondir certaines des évolutions** professionnelles et organisationnelles commencées du fait de cette démarche ;
- Parce que **les caisses ressentent le besoin de confirmer des intuitions concernant les obstacles rencontrés, sur leurs territoires, par les assurés pour se faire soigner**, d'objectiver ces difficultés et d'en donner une mesure pour légitimer leur action en la matière ;
- Parce que **le dispositif PFIDASS propose de mettre des réponses en vis-à-vis de ces difficultés, d'activer des outils et des ressources** pour tenter de les solutionner, et peut, plus globalement, **permettre de faire bouger des lignes et d'affiner des collaborations** au sein des Caisses primaires, mais également de l'Assurance Maladie dans son ensemble.

Plusieurs raisons ont donc contribué à faire adhérer les caisses du panel au *dispositif* PFIDASS ; il est important de souligner que **la possibilité laissée aux caisses de concevoir, pour partie, l'organisation des actions et de spécifier certains aspects du dispositif** pour tenir compte de réalités propres à chaque organisme - taille, volumétrie d'assurés, profil des publics, actions/services préexistants et ayant des objectifs proches - et à leur environnement - présence, répartition et typologie de l'offre de soins, partenariats préexistants – explique aussi leur adhésion. Du fait de cette possibilité, le *projet* PFIDASS contribue d'ailleurs très certainement au **dynamisme du réseau des Caisses autour d'objectifs partagés en matière d'accès aux droits et aux soins**. C'est là un premier point de force.

**La réactivité des caisses** pour mettre en œuvre le dispositif PFIDASS et l'adapter aux réalités locales, dans des temps contraints, est en outre à souligner. Il est intéressant de noter que, dans plusieurs caisses du panel, **la mise en place d'une PFIDASS a constitué un élément d'opportunité pour repenser et/ou dynamiser les modalités d'action** de certaines équipes/services/départements et/ou pour mettre à plat les actions du PLANIR. Ceci peut également constituer un point de force du dispositif. Les caisses n'ont, en l'occurrence, pas choisi par hasard le rattachement des PFIDASS à tel ou tel service/équipe/pôle/département et se sont, pour la plupart, **saisies du dispositif comme d'un élément potentiellement restructurant et/ou pouvant venir retravailler l'offre proposée par les caisses en matière d'accès aux droits et/ou aux soins**.

### **3.2. Une homogénéité dans l'organisation structurelle, une latitude d'action dans l'organisation des moyens de production et les périmètres d'intervention**

---

A l'heure actuelle, le fonctionnement des PFIDASS se caractérise à la fois par **une homogénéité dans l'organisation structurelle** d'une caisse à l'autre et par une **latitude d'action dans l'organisation notamment des moyens de production et des périmètres d'intervention**. Ce fonctionnement « hybride » peut être vu comme **une condition principale de l'engagement des Caisses** puisqu'il permet à chacune de mobiliser les services et les ressources en fonction de choix et de considérations internes, tout en garantissant un modèle d'organisation commun entre les caisses en termes de responsabilités dédiées et de circuits d'information. En même temps, le dispositif laisse, aux caisses, **une marge d'action pour des innovations** ; ceci est particulièrement important dans une période d'expérimentation qui est aussi un moment de test sinon de mise en exergue des « bonnes pratiques ». **La créativité des caisses est un atout pour développer la performance de l'ensemble du dispositif, tant qu'il ne l'expose pas à une dispersion d'initiatives qui pourraient diluer la logique d'ensemble.**

### **3.3. Des accompagnements PFIDASS qui partout se ressemblent, mais une amplitude et des moyens d'intervention qui pourraient encore être homogénéisés**

---

**Le type d'accompagnement proposé d'une PFIDASS à l'autre est plutôt similaire, même si les objectifs formulés par les accompagnants diffèrent quelque peu, pouvant signaler une légère différence dans l'amplitude de l'accompagnement** : jusqu'où veut-on précisément conduire les assurés au travers des PFIDASS ? Modifier durablement les comportements par rapport aux soins et améliorer la prise en charge de leur santé par les personnes sont-ils *des objectifs directs* des PFIDASS ou *des effets collatéraux potentiels* ? Pour garantir l'homogénéité de l'amplitude du service rendu d'une PFIDASS à l'autre, mais aussi pour apporter aux accompagnants d'éventuels appuis spécifiques en termes de formation (on peut, en effet, supposer que le type de messages et la manière de les transmettre ne sont pas nécessairement les mêmes si les PFIDASS ont comme *objectif direct* de renforcer la prise en charge de leur santé par les personnes), il pourrait être utile de déterminer encore plus précisément les choses sur ce point.

Depuis longtemps, des travaux relatifs à l'éducation en santé<sup>17</sup> montrent toute la difficulté à faire évoluer des comportements sanitaires qui se construisent tout au long de la vie des personnes et dont les ressorts sont multiples. Ils signalent, en outre, que c'est rarement une action unilatérale qui peut induire les changements, mais bien davantage la sédimentation de messages et d'actions, portés par des acteurs de nature différente. En ce sens, **le fait que les PFIDASS puissent mobiliser en interne l'expertise et/ou l'appui de professionnels administratifs, sociaux et médicaux, est un point de force**. Les messages portés par les uns et les autres peuvent être tout à fait complémentaires et contribuer, ensemble, à faire évoluer les comportements des personnes par rapport aux soins et à la prise en charge de leur santé, si tel est l'objectif. Dans cette perspective, les échanges au cours des accompagnements, les entretiens en binôme, les co-suivis, nous paraissent être particulièrement importants. Il est aussi nécessaire de rappeler que les PFIDASS s'inscrivent, progressivement, dans leur environnement ; c'est peut-être bien également en travaillant les liens avec différents acteurs externes sanitaires et sociaux, que les PFIDASS pourront produire des effets durables en termes de modifications des comportements de soins et de santé.

Partout, **les vocations principales des dispositifs PFIDASS se recoupent tout de même assez largement** ; nous pouvons les lister :

---

<sup>17</sup> Jaffré Y., « Education et santé », Université du Québec, 1990.

- Lever les obstacles à l'accès et au maintien dans les soins liés à une absence ou à une inadaptation des protections ;
- Mettre en place les conditions pour une prise en charge financière optimale des soins renoncés et, si possible, des soins des personnes et de leur famille en général ;
- Participer à la guidance des personnes vers et dans le système de soins ;
- Les aider à comprendre comment utiliser leurs droits pour se soigner, à décrypter les coûts des soins et à se repérer par rapport aux différentes offres, en fonction de la nature de leur protection ;
- Renforcer leur connaissance des dispositifs/aides potentiellement mobilisables pour faire face à des difficultés d'accès ou de maintien dans les soins.

Ce faisant, les PFIDASS tendent *in fine*, selon la plupart des acteurs du panel interrogés, à améliorer l'autonomie des personnes par rapport au système de protection maladie et de soins. Sur ce dernier point, nous disposons de quelques indices - signalés dans la première partie - qui pourraient traduire les effets des plateformes en terme d'autonomisation des personnes par rapport à leurs droits maladie et aux soins, surtout d'ailleurs pour certaines caisses. **Les données actuelles ne permettent toutefois pas de dire avec certitude si les PFIDASS contribuent effectivement à rendre les personnes plus autonomes dans leur usage des droits maladie et des soins, ni le cas échéant d'appréhender la durabilité de ce type d'effets.** Les entretiens montrent qu'une partie des personnes se sent plus capable de naviguer dans le système de soins, après son passage par les PFIDASS, et/ou que celui-ci a pu leur permettre de se préoccuper de leur santé dans de meilleure condition, mais ce sentiment n'est pas partagé par toutes, ni partout. **Ce peut être un chantier à ouvrir.**

D'une manière générale, **les actions mises en œuvre au travers des accompagnements PFIDASS sont également semblables.** Les moyens employés peuvent, en revanche, légèrement différer, en particulier en ce qui concerne l'accès ou l'adaptation des contrats complémentaires et les contacts des PFIDASS avec les professionnels de santé. **Sur ces points et bien qu'il soit important de tenir compte des contextes locaux, la détermination de lignes de conduite permettant, en particulier, de borner plus clairement les limites de l'action de terrain pourrait être intéressante, ne serait-ce que pour donner à entendre avec plus de clarté la position générale de l'Assurance Maladie en la matière.**

On peut noter que **le « profil » des accompagnements diffère quelque peu en fonction des choix faits par les caisses, s'agissant du périmètre d'action des plateformes.** C'est tout particulièrement le cas dans les Bouches du Rhône où le ciblage sur un arrondissement très précarisé de Marseille a « profilé » différemment les accompagnements. L'extension de la PFIDASS à d'autres parties du territoire de l'agglomération et du département pourra, en l'occurrence, amener vers le dispositif des populations rencontrant des difficultés différentes de celles initialement prises en charge. Certaines plateformes, en particulier donc celles qui élargiront leur périmètre d'action dans les prochains mois - Bouches du Rhône mais également Aude et Puy de Dôme -, seront, certainement, plus que les autres, amenées à faire évoluer encore les modalités de leur action et, possiblement, de leur organisation.

**L'un des points de force des PFIDASS est de proposer un accompagnement différencié en fonction de l'autonomie des personnes par rapport au système d'Assurance Maladie et de soins et de la nature des obstacles rencontrés.** Bien que ne posant *a priori* pas problème aux accompagnants, il est possible d'imaginer que **l'élaboration d'un outil permettant de déterminer de manière commune et homogène le degré d'autonomie** pourrait conforter les accompagnants dans cet exercice extrêmement important pour la conduite de l'accompagnement, le positionnement par rapport aux assurés et les choix concernant les modes de contact.

### **3.4. Des convergences fortes quant aux qualités attendues des accompagnants, des réponses à inventer pour déployer et/ou gérer les ressources humaines des PFIDASS**

Il est essentiel d'observer **la convergence des caisses du panel sur les qualités attendues des accompagnants et, en écho, sur les qualités reconnues aux accompagnants PFIASS par les personnes accompagnées**. Parce que le type de prise en charge proposée par les PFIDASS emporte une dimension relationnelle forte, qui n'est pas nécessairement celle qu'intègrent habituellement les activités courantes des Caisses (notamment les activités administratives), mais qui a tout de même commencé à être recherchée au travers de la démarche PLANIR et de la mise en place d'autres offres d'accompagnement, **les Caisses préparent toutes la constitution de « pools d'accompagnement » dans l'idée de compétences spécifiques et de compétences complémentaires – tout à la fois techniques et relationnelles**. C'est pourquoi les accompagnants sont recrutés (ou choisis sur la base du volontariat dans certains services) et non désignés d'office. D'une certaine façon, cela montre bien la nouveauté du dispositif et la nécessité, également sur le plan de la constitution de ces pools, d'une latitude d'action dans l'organisation des moyens de production comme souligné plus haut. **La constitution des équipes de terrain PFIDASS - agents chargés de réaliser les accompagnements et cadres de proximité - est en tout cas pensée, par la plupart des acteurs du panel, comme un point majeur pour la réussite du dispositif**. Et au-delà de l'équipe chargée de mettre en œuvre les accompagnements et de faire fonctionner les dispositifs PFIDASS au quotidien, c'est bien également l'implication permanente des chefs de projet et d'un (ou plusieurs) agent(s) de direction pour définir des lignes de conduite, tant en interne qu'en externe, et porter un discours général sur les PFIDASS qui paraît cruciale. **Sur ce point, des différences semblent exister entre les caisses qui pourraient fragiliser l'homogénéité du service rendu sur le territoire par les différentes PFIDASS**.

En même temps, il paraît essentiel de remarquer que **chaque Caisse est tributaire des ressources humaines existantes et que, pour le moment, aucune définition de poste dédié ne paraît posée**, qui pourrait être commune à l'ensemble des caisses éventuellement. De ce point de vue, la PFIDASS pose, selon nous, à l'Assurance maladie la question de savoir **si la performance recherchée mais aussi la durabilité du dispositif n'appellent pas une réflexion d'ensemble sur les « référentiels métiers »**. On peut aussi se demander si les modes de recrutement observés et les compétences acquises par les agents, en contribuant à la construction des PFIDASS et à la mise en œuvre des accompagnements, n'ouvrent pas de **nouveaux espaces pour les professionnels**, qui, pour éviter d'être de simples opportunités, appellent pour le coup des **réponses en termes de Gestion des ressources humaines (GRH)** (à quelle échelle, locale, nationale ?).

A l'heure où la détection des difficultés d'accès aux soins monte en charge dans une partie des caisses, **un des points de questionnement - et des chantiers à venir - est relatif aux moyens humains à consacrer aux PFIDASS, et qui peuvent y être consacrées par chaque caisse**. Ouvrant progressivement les plateformes vers l'extérieur, élargissant leur périmètre d'action dans certains cas, plusieurs caisses envisagent, en effet, de renforcer leurs équipes d'accompagnants PFIDASS. Mais dans un contexte où les ressources humaines ne sont pas extensibles, **le recrutement d'agents à temps plein sur la mission d'accompagnement n'est pas nécessairement la seule option envisagée, ni celle d'ailleurs privilégiée**. Des « formules hybrides » sont imaginées au sein des organismes, tenant compte des configurations organisationnelles choisies : faire réaliser certains accompagnements, ou une partie de ceux-ci, par les agents d'accueil, penser des économies d'échelle en renforçant les synergies entre les LUP et les PFIDASS, développer la polyvalence des agents PFIDASS, comme cela peut déjà être fait dans certaines caisses. De manière générale, on voit bien comment **les PFIDASS peuvent permettre de valoriser des compétences préexistantes chez les agents, mais aussi venir renforcer et compléter leurs compétences**. Certains exemples, parmi les caisses du panel, montrent que les compétences des agents PFIDASS peuvent ensuite être mises à profit pour réaliser des missions complémentaires. Dans tous les cas, quel que soit les scénarii

envisagés, **un élément du fonctionnement des PFIDASS tend partout à être préservé : le fait d'avoir pour chaque accompagnement une figure « référente »** (ce qui ne signifie d'ailleurs pas nécessairement que les personnes aient un interlocuteur unique au sein des caisses). Ceci est un point de force.

**Les inquiétudes relatives aux moyens humains peuvent être attisées par les perspectives d'élargissement du dispositif**, dans les départements qui ont initialement concentré leur action sur une partie de leur territoire. Là encore, des « formules » commencent à être envisagées, dans l'idée de pouvoir continuer à proposer aux personnes des accompagnements mêlant possiblement contacts téléphoniques, contacts mails et/ou rencontres en face à face : instauration de permanences PFIDASS sur des centres extérieurs ; décentralisation d'une partie des accompagnements à des agents présents dans des points d'accueil territorialisés, voire délégation à des partenaires (par exemple associatifs) positionnés en certains points des territoires.

Pour plusieurs des acteurs interrogés, **la question des moyens humains à consacrer aux PFIDASS a en tout cas besoin d'être précédée d'une autre réflexion** : celle relative à **la capacité d'absorption des saisines par les PFIDASS** telles qu'elles sont actuellement configurées et au **nombre d'accompagnements que peut conduire simultanément un accompagnant sans perdre en qualité**, et ce dans les différentes configurations organisationnelles existantes.

### **3.5. La nécessité de conforter encore la régularité des détections, en particulier dans certaines caisses, et d'ancrer davantage cette mission dans les pratiques des différents professionnels**

---

**Un des points de force des dispositifs PFIDASS est de permettre une captation des difficultés d'accès aux soins par différents professionnels en interne des caisses.** Ces multiples portes d'entrée sont indispensables, en particulier parce que les professionnels, en fonction de leur nature, de leur fonction, de leurs compétences et/ou de leur positionnement au sein de l'Assurance Maladie, posent le regard sur différentes formes de renoncement – s'agissant du type de soins renoncés et des causes du phénomène en particulier. Les publics auprès desquels ils interviennent ne sont, en l'occurrence, pas tout à fait identiques.

Pour autant quels que soient les professionnels que l'on forme à la détection, les échanges avec les acteurs du panel montrent que **la mise en route d'une dynamique de détection n'est souvent pas immédiate, ni nécessairement évidente. Il faut du temps pour faire entrer la détection dans des habitudes de travail, pour trouver aussi les modalités de détection les plus adaptées au sein d'un service, pour imaginer éventuellement des formes de relais ou d'appuis entre professionnels.** De manière surplombante, ce temps, qui peut être utilement ponctué d'échanges avec les équipes PFIDASS, d'interventions sur le sujet dans les réunions de service, de discussions sur les toutes premières détections, semble indispensable aux professionnels pour appréhender ce phénomène du renoncement, lui donner corps, et pour réussir à le percevoir chez les publics reçus ou rencontrés. Au-delà d'être outillés, cela demande effectivement de poser un regard différent sur les situations et de les analyser en ayant en tête la potentialité du renoncement et ce à quoi renvoie le phénomène.

Il est, en outre, important de souligner, comme cela a pu être fait par le passé, **que questionner les assurés sur un éventuel renoncement est une manière, un moyen opérationnel, pour entrer au cœur des difficultés d'accès et de maintien dans les soins** ; le renoncement est un outil pour faire émerger les problématiques rencontrées par les assurés dans leur parcours de soins - les commencer, les poursuivre - et pour interroger, à partir de là, l'action de l'Assurance Maladie, ses fonctionnements et ses réponses aux assurés. Le terme de renoncement est, d'une certaine façon,

générique et peut être piégeur. Il peut, en effet, donner l'impression de personnes très éloignées du système de soins et de ne concerner qu'une partie spécifique du public de l'Assurance Maladie. Or les travaux montrent bien que nombre des personnes qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins sont tout à la fois en dedans et en dehors du système de protection maladie et de soins, cela traduisant généralement des parcours chaotiques par rapport aux soins. **Faire connaissance avec le renoncement, les personnes concernées, s'approprier le phénomène, en appréhender peu à peu les différentes dimensions, est important pour que les professionnels puissent comprendre en quoi cela peut faire sens pour eux – en tant que professionnel – et pour leur service**, au regard de ses missions originelles et/ou principales, de participer à l'effort collectif de détection, point de départ indispensable du projet de l'Assurance Maladie visant à améliorer l'accessibilité des soins. **La capacité des acteurs des PFIDASS à nourrir des échanges en interne, à stimuler les collaborations, et surtout à impliquer pleinement les professionnels des composantes/services dans la définition des modalités de détection, paraît essentielle.** Sans cela, il semble que les détections soient amenées à s'éteindre peu à peu.

Dans quelques caisses du panel, **le rythme global des détections est encore fluctuant, parfois même très ralenti. Alors que les détecteurs sont la porte d'entrée dans les PFIDASS, ceci peut fragiliser les dispositifs et leur capacité à capter largement les difficultés d'accès aux soins.** Dans plusieurs caisses, **la détection par les agents d'accueil semble, en l'occurrence, avoir besoin d'être confortée.** Une partie d'entre eux a déjà pleinement conscience du fait que cette mission s'intègre dans un renouvellement global du métier. Pour une proportion importante des assurés venant au guichet, il s'agit en effet, de plus en plus, au travers d'une lecture analytique de la situation, d'enclencher « un après », qui peut par exemple être un accompagnement PFIDASS en cas de difficultés d'accès aux soins. **Dans une institution qui sort progressivement d'une logique de guichet pour aller vers une logique de parcours, les agents d'accueil ont un rôle central de détecteur, de propulsion et d'orientation des assurés vers les services et les offres de l'Assurance Maladie qui peuvent leur apporter des réponses. L'enjeu en ce qui concerne les PFIDASS est de réussir à montrer plus largement aux agents d'accueil pourquoi et comment la détection du renoncement peut s'inscrire pleinement dans leur mission,** dans une logique de continuité de l'action, et en quoi cette mission est cohérente avec le reste de leur activité. Participer au repérage des difficultés d'accès aux soins est leur contribution (parmi d'autres) au projet institutionnel - porté aussi par les autres professionnels des caisses - visant à s'assurer que l'Assurance Maladie a mis en place les conditions, dans les limites de ses attributions et de ses prérogatives, pour que les personnes puissent effectivement se soigner. **Pour ce faire, le levier de la formation pourrait possiblement être activé avec encore plus de force.**

### **3.6. Continuer à faire des PFIDASS des dispositifs intégrés au sein de l'Assurance Maladie : le croisement des expertises comme facteur majeur d'efficacité**

---

Sur l'ensemble des sites, d'autres acteurs sont mis à contribution par les dispositifs PFIDASS : c'est notamment le cas du service Médical, du service Social et des CES. **Cette participation, qui existe partout mais avec une intensité différente, confirme le fait que les PFIDASS constituent des dispositifs intégrés au sein de l'Assurance maladie.** Construire les collaborations concernant les plateformes, rendre concrètes les relations entre celles-ci et les autres services/composantes de l'Assurance Maladie, nécessitent, nous l'avons évoqué, du temps et un important travail pour, en fonction des cas, délimiter les limites d'actions des PFIDASS par rapport à celles d'autres services, expliciter la nécessité de la mise en place de telles plateformes et leurs objectifs propres, montrer en quoi ces objectifs peuvent croiser ceux des autres entités des caisses et de l'Assurance Maladie et sont surplombés par des finalités d'action partagées, définir précisément les apports qui peuvent être ceux des différentes entités. Dans cette perspective, **il est notable que les PFIDASS ne peuvent**

**pas être imposées aux autres services et composantes de l'Assurance Maladie ; leur implication, dès les prémises de la mise en place des PFIDASS, paraît incontournable pour favoriser l'intégration des plateformes dans l'existant et déterminer les manières de faire « ensemble ».**

**Si la mobilisation du service Médical et des CES contribue au travail de détection de situations sur lesquelles intervenir, elle apparaît, parallèlement, comme un facteur important d'expertise permettant de préparer au mieux les réponses à apporter aux assurés et/ou d'appui au cours des accompagnements.** La possibilité d'orienter les assurés accompagnés vers un bilan de santé est importante et peut constituer une « reprise de contact » avec les soins, un point de départ pour une prise en charge dans certains cas et/ou une occasion, pour les personnes accompagnées, d'échanger avec un professionnel de santé sur leurs parcours de soins, leur état de santé, des actions de prévention. En parallèle, **le rôle du service Médical dans l'examen des dossiers, des devis et des propositions de soins**, constitue un point de force important du dispositif et un appui indispensable pour les accompagnants PFIDASS. Pour autant, il s'agit d'être vigilant à ne pas créer d'interférences « négatives » avec les autres missions du service. On note en particulier l'intérêt de cette expertise dans la compréhension des problématiques de soins complexes. **Cela peut être un atout pour l'efficacité des interventions dans la durée.** On peut faire l'hypothèse qu'apporter des éclairages aux assurés sur les soins et les traitements peut les aider à procéder à des choix évitant d'autres difficultés plus tard et ainsi des coûts supplémentaires. De cette façon, les PFIDASS pourraient aussi des dispositifs de prévention.

**L'efficacité des accompagnements peut, de manière générale, être renforcée par le croisement des expertises sociales, administratives et médicales que les PFIDASS peuvent mobiliser en interne,** mais aussi en sollicitant possiblement d'autres acteurs des territoires. **L'expertise du service Social est elle aussi importante :** la possibilité de réaliser des entretiens en binôme, de mettre en place des co-suivis et/ou d'orienter les assurés accompagnés par les PFIDASS vers le service Social, **est essentielle pour conforter, compléter, prolonger certains des accompagnements menés par les plateformes.** En retour, la possibilité donnée au service Social de saisir les PFIDASS est utile pour que les plateformes prennent en charge la partie des accompagnements du service Social directement afférent à des difficultés d'accès aux soins ou pour réorienter des assurés, entrés dans l'Assurance Maladie par la porte du service Social, mais dont la situation ne nécessite pas nécessairement un accompagnement global. Dans plusieurs caisses du panel, les articulations concrètes entre PFIDASS et service Social demandent encore à être confortées. Mais les exemples de collaboration montrent la plus-value qui en découle pour les assurés. L'établissement d'un **travail en commun entre les PFIDASS et le service Social autour des personnes accompagnées a, dans plusieurs territoires, nécessité de délimiter le plus clairement possible le périmètre d'action des PFIDASS par rapport à celui du service Social et de bien différencier la nature de l'accompagnement proposé.** La mise en exergue des spécificités de chaque accompagnement et des réponses qui peuvent être faites aux assurés au travers des PFIDASS et du service Social, la mise en place de modes opératoires, peuvent en outre contribuer à la qualité des orientations réciproques.

Travailler ensemble ne va pas nécessairement de soi dans des institutions plutôt structurées selon la logique du « silo ». Mais là encore, si la logique de parcours devient la référence de l'action collective, **la connaissance mutuelle entre les services, la perception des spécificités des différentes offres/services et des périmètres d'intervention, l'appréhension de la nature des réponses qui peuvent être faites aux assurés** par les uns et les autres, est indispensable. **La qualité des orientations et des passages de relais au profit d'un objectif commun et partagé - celui de l'accès et du maintien des personnes dans les soins - est en effet en jeu.**

La mobilisation du service Médical, des CES et du service Social peut, en outre, offrir une possibilité intéressante dans la perspective d'une construction, au travers des données produites par les PFIDASS, d'un outil général d'aide au pilotage de la politique de l'Assurance maladie pour l'accès aux

soins et à la santé. En effet, l'expertise des uns et des autres pourrait permettre - non sans une réflexion méthodologique sur la manière d'analyser les situations de façon systématique et de différents points de vue (social, administratif, médical) - de produire un corps de données multifactorielles sur lequel une politique générale de prévention des « parcours de soins non optimaux » pourrait s'adosser avec garantie. De ce point de vue, le programme de recherche que l'Odenore développe au sein de l'Université Grenoble Alpes pourrait être intéressé mais aussi et surtout particulièrement utile pour contribuer à produire, à partir de données issues des PFIDASS, **un outil de pilotage de l'action de l'Assurance maladie pour l'accès aux soins et à la santé.**

### **3.7. Vers une intégration encore plus forte des PFIDASS dans leur environnement sanitaire et social : construire une captation la plus large possible des difficultés d'accès aux soins pour rendre accessibles les PFIDASS à tous ceux qui en ont besoin**

---

**Le rapport des caisses aux acteurs sanitaires et sociaux de leur environnement montre que le dispositif général PFIDASS est, sur ce point, un chantier en cours.** Ce chantier prend appui sur des réseaux préexistants, mais ouvre également de nouvelles perspectives partenariales. **Le projet PFIDASS constitue, là encore, une opportunité pour l'Assurance Maladie de transformer les relations entretenues avec certains acteurs de son environnement et/ou de nouer des liens avec des acteurs jusque-là moins connus ou sollicités.** L'implication des acteurs extérieurs est, pour l'instant, variable, toutefois la plupart des caisses primaires sont actives dans cette mobilisation et obtiennent déjà de premiers résultats. Des modalités de formation sont mises en œuvre ; ce qui nécessairement affirme **un rôle de « pilote » des CPAM par rapport à la prise en charge des difficultés d'accès aux soins.** La diversité des modalités retenues pour sensibiliser, informer, former les partenaires extérieurs illustre également la latitude d'action des Caisses sur cet autre plan. On peut néanmoins s'interroger sur l'utilité qu'il pourrait y avoir à « équiper » les acteurs des PFIDASS de supports communs, laissant toutefois place à l'intégration de données propres et locales, qui permettraient, dans le cadre des temps de sensibilisation et des formations vers l'extérieur, de **mobiliser un même argumentaire quant à la raison d'être des PFIDASS et au positionnement de l'Assurance Maladie par rapport à l'amélioration de l'accessibilité aux soins et d'assurer le niveau nécessaire d'unité dans le partenariat, quels que soient les territoires. Rien n'évacue en effet et a priori un risque d'éparpillement des objectifs et des procédures, au moment d'associer d'autres acteurs, ceux-ci pouvant avoir des attentes et des intérêts particuliers à s'engager aux côtés de l'Assurance Maladie.** Cela revient à souligner le rôle pilote des Caisses sur les territoires quant à la question de l'accessibilité des soins et les enjeux qui peuvent en découler, en termes notamment de messages à porter vers l'extérieur.

Cela étant dit, nous **n'avons pas, à ce stade, de données suffisantes - quantitatives mais aussi qualitatives - permettant de mesurer et de discuter avec plus de précisions l'engagement des acteurs extérieurs,** et ainsi d'apprécier leur intégration et de parler de la PFIDASS comme d'un « système d'action collaboratif sur les territoires ». Certaines observations appellent à ce stade à une certaine prudence dans l'appréciation de cet engagement. **La performance mais aussi la durabilité des dispositifs PFIDASS étant également liées à cette dimension, il s'agit certainement là d'une question à investir pour la suite des travaux de recherche.**

Les premiers résultats montrent **cependant le potentiel de performance que constitue l'ouverture aux acteurs extérieurs.** Le repérage de situations nouvelles, l'aller-vers des populations plus inhabituelles pour les Caisses et/ou situées en certains points des départements, la possibilité de relais dans les réponses concrètes à apporter aux personnes, l'approche globale du social et du sanitaire qui se dessine au travers des partenariats, sont autant de potentialités permises par le dispositif PFIDASS et par son ouverture aux acteurs des territoires.

Sur le fond, à travers ces éléments, **la nature même du dispositif PFIDASS apparaît** : celle d'une évolution profonde de l'aide et de l'action sociales, ou socio-sanitaires, au local, qui substitue à une approche *cloisonnée ou segmentée par public*, une approche *transversale par population*. Cet avis est à confirmer ; d'autant que s'il s'avère juste, il serait alors possible d'affirmer que le projet PFIDASS contribue au renouvellement en cours, en France comme dans d'autres pays d'Europe, des politiques d'inclusion sociale. Celui-ci pourrait alors apparaître comme **une pièce majeure dans l'élaboration de politiques de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, sinon contre les inégalités sociales de santé, et dans la transformation des registres d'action de la protection sociale.**

Le zoom sur les relations avec les acteurs institutionnels (collectivités territoriales et CCAS, autres organismes sociaux), mais aussi les Missions locales, les Centres hospitaliers et les associations, vient corroborer cette hypothèse. Il appelle plusieurs observations :

- **Le dispositif PFIDASS rencontre l'intérêt d'acteurs divers** aux prises, sur différents plans, avec les mêmes enjeux d'intervention auprès des populations locales qui décrochent du droit commun et cherchant des réponses collectives pour répondre au mieux aux besoins sanitaires et sociaux de l'ensemble de la population ;
- L'intérêt des acteurs est aussi lié au fait que, s'ils ne sont pas engagés dans d'autres dispositifs orientés vers le même type de finalité, **ils font tous face à un même ordre de contraintes, concernant les moyens financiers et les ressources humaines notamment** ;
- La PFIDASS, en même temps, permet **d'élargir l'horizon des caisses** au travers d'acteurs en lien direct avec des populations ou des groupes sociaux qui ne recoupent pas nécessairement le public habituel des organismes d'Assurance Maladie (même si les individus concernés sont des assurés sociaux). Ces acteurs permettent aux Caisses d'aller-vers, de prendre aussi en compte, ces populations ou groupes sociaux ;
- Les Caisses disposent de moyens, notamment contractuels, pour associer les acteurs locaux, en particulier institutionnels et associatifs ;
- Toutefois, on peut s'interroger sur **la capacité des Caisses à pouvoir assembler et coordonner l'action d'une diversité d'acteurs**. Mais aussi se questionner sur leur rôle dans le pilotage d'ensemble d'intervenants qui est, ou était, jusque-là, dévolu assez largement aux collectivités territoriales. Sur ce plan institutionnel, si une réflexion-action est à poursuivre elle devrait, nous semble-t-il, être attentives aux nouvelles fonctions attribuées aux territoires et au renouvellement des échelles (nous pensons en particulier à la Loi NOTRE). Les CPAM sont départementalisées ; il s'agit de savoir comment cette donne pèse, ou peut peser, sur le rôle des Caisses, partant des PFIDASS, dans le pilotage d'une action publique territorialisée visant l'accessibilité des soins.
- Enfin, **le rapport aux Centres hospitaliers (des caisses du panel) existe, mais reste très discret** pour l'instant. Pourtant les Centres hospitaliers sont particulièrement bien placés pour repérer et alerter les PFIDASS concernant des situations qui les intéressent directement. A moins que les CH(U) aient les moyens propres d'un accompagnement socio-administratif de ces situations, les PFIDASS peuvent leur être probablement d'un véritable recours. Mais les CH(U) ont probablement un autre rôle à jouer (si les conditions nombreuses et complexes sont réunies), qui serait d'aider à informer les effets éventuels des PFIDASS sur les parcours de soins non optimaux (PSNO) que les services hospitaliers ont à traiter tardivement. Faire cette observation, ici, alors qu'un travail est en cours sur ce plan entre une CPAM et un CHU, a pour but d'indiquer que le partenariat qui peut se nouer sur les territoires, autour et grâce aux PFIDASS, a probablement aussi une fonction à jouer, essentielle, dans **l'évaluation de leur performance et de leur capacité à limiter, par exemple, les Parcours de soins non optimaux (PSNO).**

D'une façon générale **les observations précédentes sur les relations des PFIDASS avec les acteurs institutionnels et/ou associatifs se retrouvent avec les acteurs mutualistes. Les PFIDASS offrent un**

**espace de collaborations actives, à créer ou à poursuivre.** Surtout, l'Assurance maladie partage une longue histoire avec le « monde mutualiste ». Le colloque du Comité d'histoire de la Sécurité sociale pour le 70<sup>ème</sup> anniversaire de celle-ci, le 26 novembre 2015, l'avait fort bien rappelé. Pour paraphraser le président de la Mutualité Française, on peut dire que si les deux acteurs, Assurance maladie et mutualités (au sens large), sont préoccupés nécessairement par « *la santé de la Sécurité sociale* », **les PFIDASS peuvent leur permettre, ensemble, de s'occuper de manière renouvelée de « la santé des Français ».** De ce point de vue général, **la question est de savoir si les PFIDASS peuvent être un espace pour des engagements en commun entre des acteurs historiques et comment, en fonction des territoires, les partenariats peuvent concrètement se nouer,** tant s'agissant de la détection que de la résolution des difficultés d'accès aux soins. **Définir une méthode pour approcher le monde mutualiste, mais plus largement celui des organismes complémentaires,** qui ne partagent pas, loin sans faut, les mêmes principes d'action ni les mêmes objectifs, et laissant à tous les organismes la possibilité de se positionner ou non comme un partenaire des PFIDASS, peut paraître utile.

**Le zoom sur les relations des PFIDASS avec les professionnels de santé pourrait être lu, comme pour le précédent, dans le rappel d'une longue histoire de rapports entre acteurs. Il nous paraît d'autant plus utile de le rappeler que ce sont ces relations-là qui, à ce stade, apparaissent comme étant les plus embryonnaires, compliquées et prudentes.** Si avec tous les acteurs, la suite, et la consolidation, des PFIDASS dépend de ce que l'on peut appeler un « **processus d'intéressement** », avec les professionnels de santé, vu l'histoire longue et il faut le dire parfois difficile, ce processus prend une importance particulière. Il apparaît plus fortement encore avec eux comme une condition *sine qua non*. C'est pour cela que les relations proposées par les PFIDASS qui permettent aux professionnels de santé de trouver, au travers des accompagnements, **des formes de soutien dans leurs rapports à la patientèle est une orientation essentielle. Le fait que les PFIDASS peuvent aider des personnes à se maintenir dans des processus de soins et à mettre en place, en temps et en heure, les soins prescrits par les professionnels de santé, est majeur.** Nous l'avons dit le renoncement capté au travers des plateformes n'est pas seulement primaire (des personnes qui n'arrivent pas à entrer dans le système de soins) ; il est bien aussi, et très souvent d'ailleurs, secondaire (des personnes qui n'arrivent pas se maintenir dans les soins). Ainsi outre le fait que les PFIDASS participent à « solvabiliser » une partie de la demande de soins, en ouvrant des droits à ceux qui n'en ont pas, en mettant à jour leur protection et en essayant d'adapter au mieux les protections en fonction des besoins de soins et des moyens des personnes, **l'intérêt des professionnels de santé pour les dispositifs PFIDASS peut résider dans le fait que ces dispositifs permettent aux personnes d'entrer dans les soins, mais bien aussi de les poursuivre, en cas de besoin.**

La question qui se pose est celle **des PFIDASS comme plateforme pour la mise en place de relations « gagnantes-gagnantes », de la méthode générale, et des canaux, à employer pour ce faire.** En parallèle et là encore, il semble essentiel de travailler le message à adresser aux professionnels de santé pour expliquer la raison d'être des PFIDASS et comment, au-delà d'être des détecteurs, ils peuvent aussi en être les bénéficiaires. Ceci paraît d'autant plus important que les PFIDASS peuvent possiblement apparaître comme intrusives aux professionnels de santé (demandes d'étalement d'un reste à charge, précisions sur des soins et des devis, etc.). **Une chose est certaine : la possibilité donnée aux professionnels de santé de saisir les PFIDASS est centrale pour ouvrir le plus largement possible le dispositif à toute personne susceptible de rencontrer à un moment ou à un autre de son parcours de soins des difficultés d'accès ou de maintien.** Dans cette optique, une réflexion est certainement à conduire sur les articulations LUP et PFIDASS, dans le sens d'un projet commun visant à garantir l'accessibilité des soins à chaque étape des parcours des personnes. Car si les PFIDASS ont vocation à « traiter » le renoncement dans ses différentes formes, l'action des LUP même si ce n'est pas leur mission première peut prévenir le renoncement, en permettant de gérer en urgence des problèmes de droits qui pourraient entraver la poursuite du parcours des personnes dans les soins.

### 3.8. Quand la diversité des publics captés par les PFIDASS induit des zones de fragilité : imaginer, progressivement et collectivement, des manières de répondre à certaines situations et/ou à certains publics

---

Nous l'avons dit, l'un des points de force des PFIDASS est de capter, au travers du phénomène du renoncement, des difficultés d'accès aux soins de diverses natures et concernant une diversité de publics. L'intérêt principal des PFIDASS est d'ailleurs certainement de poser le regard sur des publics qui ne sont généralement pas sous le feu des projecteurs lorsque l'entrée principale pour approcher les situations n'est pas celle des besoins, mais plutôt celle de l'offre (dispositifs, aides, prestations). Bien que ce ne soit pas la première chose imaginée par les acteurs qui se lancent dans l'aventure PFIDASS, le **public des plateformes est large** : les difficultés d'accès aux soins concernent certes des personnes en grande précarité - ce n'est d'ailleurs pas nécessairement celles-ci qui sont le plus massivement repérées par le système de détection interne à l'Assurance Maladie -, mais aussi et surtout des personnes dont la situation de vie s'est récemment fragilisée ou a, peu à peu, été fragilisée – du point de vue économique, professionnel et/ou social. Elles concernent en outre toutes les classes d'âge.

Cette diversité, dont on a souligné l'importance car elle indique que les PFIDASS ne sont, en réalité, pas des dispositifs ciblés sur une seule catégorie de personnes mais qu'elles ont une vocation plus « universelle » que ce que l'on pourrait imaginer au départ, **est aussi ce qui peut induire des difficultés dans le cours des accompagnements, générer des zones de fragilité et rendre plus complexe la mission des accompagnants**. La plupart des acteurs interrogés dans le cadre de cette évaluation a ainsi pointé des difficultés communes relatives à certains publics et/ou certaines situations. **Beaucoup s'accordent pour dire que des publics sont « plus difficiles que d'autres à accompagner » et/ou que pour certaines situations les réponses peuvent, à l'heure actuelle, manquer :**

- Les personnes « surendettées » (voire endettées) ;
- Celles qui ont connu une baisse récente, importante et rapide de leurs ressources ;
- Les personnes qui rencontrent des problématiques de transport, en lien notamment avec un éloignement de l'offre de soins de leur lieu de résidence ;
- Les personnes jeunes ;
- Les personnes en forte précarité ;
- Les personnes pour lesquelles le renoncement concerne des soins hors nomenclature.

Les types de difficultés rencontrées par les PFIDASS par rapport à ces personnes/situations ne sont pas identiques, tout comme les raisons pouvant les expliquer. **Un travail collectif, conduit par des acteurs de plusieurs caisses, pourrait être utile en la matière pour décrypter finement ces situations, ce qui pose problème et ce qui se passe précisément au moment des accompagnements**. Cela pourrait être un point de départ pour imaginer ensemble des modes de faire, pour déterminer par exemple vers quels autres professionnels/services/offres en interne des caisses ou quels acteurs externes, connaissant plus précisément certains publics, appréhendant davantage leurs représentations et leurs comportements par rapport aux soins et à la santé, il pourrait être envisageable de se tourner.

En parallèle, **certaines de ces situations, comme d'autres captées par les PFIDASS, viennent directement questionner la politique d'action sanitaire et sociale des caisses**. Les PFIDASS sollicitent déjà l'ASS au cours des accompagnements. Pour l'instant, les choix faits par les caisses en la matière ne se recoupent pas tout à fait – fléchage ou non d'un budget spécifique, dérogation ou non aux critères des CASS, conduite éventuelle par rapport à des soins hors nomenclature... **Dans plusieurs caisses, les échanges avec les membres du Conseil, la mise en place parfois de groupes de travail,**

**permettent de réfléchir collectivement aux éventuels effets de la mise en œuvre des PFIDASS sur la politique d'action sanitaire et sociale et sur les directions à prendre. Le chantier est en cours.**

## **Pour conclure**

---

Au travers de leurs fonctionnements « en toile d'araignée », les PFIDASS valorisent les échanges - formels et informels - au sein des plateformes, et avec les autres services et composantes de l'Assurance Maladie, et peuvent favoriser des moments de questionnement collectif. **Ces échanges et réflexions sont centraux pour continuer à construire les PFIDASS, mais aussi pour faire bouger des lignes au sein de l'institution, imaginer de nouvelles manières de faire et de prendre en charge les difficultés des assurés.** Les PFIDASS produisent des effets positifs pour les assurés, mais emportent aussi **une possibilité de s'interroger collectivement sur des fonctionnements internes, sur les réponses faites par les uns et les autres aux assurés et sur les conséquences éventuelles de ces réponses.** Les temps d'échanges informels, les rencontres au sein des instances collectives, stratégiques et opérationnelles, sont un facteur clef de la réussite des PFIDASS et de leur durabilité. **Dans cette perspective, la tenue régulière de COPIL et de Comités d'analyse** (portant parfois d'autres noms) **semble essentielle. Au sein de ces instances, il s'agit tout à la fois d'explicitier le pourquoi les uns et les autres acceptent de travailler ensemble, et s'ils le veulent toujours, mais aussi le comment travailler ensemble.**

Percevant la possible - et nécessaire - implication de l'ensemble des professionnels des caisses, à un moment ou à un autre pour faire fonctionner les dispositifs PFIDASS, que ce soit dans la détection, la prise en main de dossiers et/ou la participation aux accompagnements, la plupart des caisses a été attentive à « faire connaître et à faire vivre le dispositif » au sein de leur organisme. **L'intensité de la communication en interne, l'implication directe des acteurs de direction dans le portage des messages, la teneur de ces messages, ont cependant différer en fonction des territoires.** Les moyens employés ont, en parallèle, été différents : organisation, dans une caisse, de journées « portes ouvertes » de la PFIDASS, permettant aux agents des différents services de découvrir sa localisation, son fonctionnement, d'échanger avec les accompagnants ; informations plus ou moins régulières via l'intranet des caisses et/ou diffusion par ce biais de vidéos de témoignages d'assurés accompagnés ; zoom sur le dispositif au travers d'articles dans les *News Letters*... **La communication a notamment été plus marquée dans les caisses qui ont choisi de faire des PFIDASS un axe de leur (ou leur) projet d'entreprise,** signalant ainsi le caractère intégré et pérenne du dispositif et leur volonté que les PFIDASS, et les objectifs qui les traversent, deviennent un élément pleinement (re)structurant de l'organisme. **Partout en tout cas, les dispositifs PFIDASS - leurs objectifs, leurs raisons d'être - ont été présentés aux Conseils,** parfois à plusieurs reprises ; certains choix, certaines dimensions, ont en outre été largement discutés avec leurs membres, en particulier, nous l'avons signalé ceux concernant l'Action sanitaire et sociale.

**En période d'expérimentation, la communication vers l'extérieur s'est quant à elle faite avec parcimonie.** Elle a tout de même été plus marquée dans certains territoires où les dispositifs PFIDASS ont, par exemple, été présentés lors de séances publiques du Conseil, ouvertes aux partenaires sanitaires et sociaux des caisses, mais aussi aux représentants des usagers. **Les différences de dénomination des PFIDASS** en fonction des caisses **ont, parfois, suscité des interrogations** concernant le caractère semblable des dispositifs et du service rendu par les plateformes, lors des échanges avec des acteurs régionaux, ARS et acteurs déconcentrés de l'Etat par exemple. Cela a été le cas dans les Hauts de France.

**Le coût d'entrée dans les PFIDASS, que ce soit en interne ou en externe, peut être important pour les uns et les autres,** mais cette entrée est une condition pour organiser progressivement un

**système de captation des difficultés d'accès aux soins le plus complet possible et mettre en vis-à-vis un panel de solutions.** Au travers des relations renouvelées qui se nouent au sein de l'Assurance Maladie, du fait des PFIDASS comme d'autres dispositifs/offres avant elles, **peuvent naître de nouvelles manières de faire qui seront profitables à l'ensemble des assurés** ; c'est bien parce que la qualité du service rendu est bonne que les différents professionnels peuvent s'impliquer dans la mise en place des PFIDASS pour tenter d'égaliser les chances en matière d'accès aux soins. En retour, **les PFIDASS**, en pointant d'éventuels dysfonctionnements, en alertant sur les effets de certaines pratiques, **peuvent participer à renforcer la qualité du service rendu à l'ensemble des assurés.**

Au travers des PFIDASS en tout cas, il semblerait que le référentiel principal pour évaluer l'action soit celui de **l'utilité sociale**. Il est intéressant de voir que la satisfaction des accompagnants découle d'ailleurs, en premier lieu, du fait de rendre un service utile aux personnes. En parallèle, avec les PFIDASS, comme avec la mise en œuvre d'autres dispositifs/offres ces dernières années, **l'Assurance Maladie envisage l'accompagnement comme une condition de l'effectivité du droit à la protection en matière de santé et du droit aux soins.**

**ANNEXE 1 – Genre et âge des personnes dont la situation a fait l'objet  
d'une saisine des PFIDASS (données OGEDAS arrêtées au 31/12/2016)**

En %	Genre		
	Femme	Homme	Total (rép.)
Allier	59.4	40.6	100
Alpes-Maritimes	59.7	40.3	100
Aude	60	40	100
Bouches du Rhône	53.4	46.6	100
Charente	66	34	100
Drôme	54.7	45.3	100
Flandres	60.6	39.4	100
Hainaut	60.7	39.3	100
Haute-Garonne	52.3	47.7	100
Hérault	60.9	39.1	100
Landes	71.6	28.4	100
Lot	63.7	36.3	100
Manche	69.1	30.9	100
Meurthe et Moselle	57.9	42.1	100
Moselle	64.2	35.8	100
Oise	63	37	100
Puy de Dôme	59.3	40.7	100
Pyrénées Orientales	65.6	34.4	100
Savoie	68.7	31.3	100
Somme	56.9	43.1	100
Val d'Oise	66.5	33.5	100
<b>Total</b>	<b>60.2</b>	<b>39.8</b>	<b>100</b>

En %	Age					
	< 18	18-24	25-39	40-59	>60	Total (rép.)
Allier	2.3	10.1	17	49.1	21.6	100
Alpes-Maritimes	0.4	6.6	16.8	37.2	39	100
Aude	2.1	8.4	9.5	34.7	45.3	100
Bouches du Rhône	5.5	9.2	26	34.4	24.9	100
Charente	1.4	6	16.7	51.6	24.3	100
Drôme	0	4.7	21.5	46.3	27.5	100
Flandres	0.4	7.8	19	43.3	29.5	100
Hainaut	6.7	10.2	22.5	41	19.6	100
Haute-Garonne	0.4	8.4	22.2	37.3	31.7	100
Hérault	3.7	9.8	16.2	39.5	30.8	100
Landes	1.3	8.1	13.5	50	27.1	100
Lot	1	7.5	17	44.7	29.8	100
Manche	5.1	8.6	19.3	41	26	100
Meurthe et Moselle	3.3	4.1	16.6	48	28	100
Moselle	0.4	6.3	22.1	47.2	24	100
Oise	3.6	8	27.2	41	20.2	100
Puy de Dôme	4.8	5.2	18.7	41.8	29.5	100
Pyénées Orientales	0	5.3	12.7	48.1	33.9	100
Savoie	3.3	5.3	21.3	49.3	20.8	100
Somme	6.9	9	16.9	42	25.2	100
Val d'Oise	2.9	2.9	22	42.8	29.4	100
<b>Total</b>	<b>2.4</b>	<b>7.4</b>	<b>19.4</b>	<b>42.3</b>	<b>28.5</b>	<b>100</b>