



## « L'INSCRIPTION TERRITORIALE » DES PFIDASS

Etude réalisée dans le cadre de l'accompagnement scientifique de la généralisation des PFIDASS au sein du régime général de l'Assurance maladie

**Antoine Rode et Philippe Warin**  
**Sous la direction d'Hélène Revil**  
**(Odenore/Pacte/Université Grenoble-Alpes)**



**LIFE** (is MaDE of ChoiCes)  
Univ. Grenoble Alpes



« Ce travail a bénéficié d'une aide de l'Etat gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme « Investissements d'avenir » portant la référence ANR-15-IDEX-02 ».

Mars 2020.

## Table des matières

Introduction.....	3
1. Rappel des principaux objectifs.....	4
2. Présentation des résultats.....	5
2.1. La recherche des partenaires .....	5
2.1.1. De la temporisation à la recherche progressive de partenaires .....	5
2.1.2. L'activation de relations préexistantes .....	6
2.1.3. Un partenariat aux contours variables selon les Caisses .....	8
2.1.4. Une attente universaliste et un enjeu territorial .....	11
2.1.5. Un besoin d'efficience .....	13
2.2. La mise en œuvre d'un processus d'intéressement réciproque .....	15
2.2.1. Des avantages pratiques .....	16
2.2.2. Des avantages symboliques .....	17
2.2.3. Les apports concrets des partenaires aux PFIDASS.....	18
2.2.4. L'accès aux soins de santé comme objectif commun .....	19
2.3. Le développement d'intérêts croisés .....	20
2.3.1. Des freins dans la mise en route du partenariat .....	21
2.3.2. Des obstacles dans le développement du partenariat.....	24
Conclusion .....	37

## Introduction

Ce rapport s'inscrit dans le cadre de l'accompagnement scientifique de la généralisation des PFIDASS réalisé par l'Odenore depuis 2017. Il concerne plus spécifiquement le sous-axe 3, qui porte sur « L'inscription territoriale des PFIDASS et leur articulation avec des actions/dispositifs préexistants », de l'axe II « Analyse des effets du dispositif PFIDASS sur les assurés accompagnés, les professionnels des CPAM et les territoires d'action des plateformes ». Il rend compte de l'enquête de terrain réalisée dans trois CPAM, celles du Puy-de-Dôme, des Alpes-Maritimes et de la Drôme. Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas ici d'évaluer le partenariat mis en place par ces caisses ou de porter un jugement sur leurs choix partenariaux, mais bien, partant de ces trois terrains d'enquête, de proposer une réflexion générale, de nature sociologique, sur la dynamique partenariale des PFIDASS et leur « inscription » au niveau des territoires.

L'enquête s'est déroulée en trois phases successives, sur le même modèle pour chacune des Caisses :

- Un travail de documentation (modèle de conventions, documents de présentation de la PFIDASS, cartographie des partenaires, supports de formation et/ou d'information...).
- Des entretiens individuels avec les directions des Caisses, les managers et conseillers PFIDASS, et un entretien collectif avec des partenaires.
- Un séminaire collectif de restitution des premiers résultats, réunissant l'ensemble des acteurs rencontrés lors des entretiens (CPAM et partenaires), pour présenter les premières analyses et approfondir certains points en vue.

Les deux premières phases ont été réalisées entre décembre 2017 (collecte documentaire) et mars 2018 (enquête de terrain dans les CPAM), sachant que, pour ces caisses parties prenantes de la vague d'expérimentation, les PFIDASS ont été mises en place courant 2016. Au total, les entretiens individuels ont été menés avec plus d'une vingtaine de personnes (agents de direction, responsables, managers et conseillers PFIDASS) et les entretiens collectifs avec une cinquantaine de représentants de structures (collectivités locales, services sociaux, associations, acteurs de la protection complémentaire, centres médicosociaux, professionnels de la santé...). Ce grand volume d'entretiens a été rendu possible grâce au soutien et à l'implication des directions des Caisses, qui ont facilité l'organisation de l'enquête de terrain, en invitant notamment les partenaires aux entretiens collectifs et au séminaire de restitution intermédiaire. Pour garder une trace du matériau collecté, les entretiens individuels et collectifs ont fait l'objet de relevés de notes.

La dernière phase de l'enquête prévue initialement au début de l'automne 2018 a dû être reportée du fait de l'obligation d'interruption temporaire d'activité de l'un des deux chercheurs en charge de cet axe de travail. Ainsi, les présentations intermédiaires des résultats devant l'ensemble des partenaires ont été programmées entre le 14 janvier et le 11 février 2019 dans le cadre de réunions des « comités de pilotage PFIDASS » organisés par les Caisses. Ce décalage a été finalement profitable à l'enquête puisqu'il a permis de tenir compte d'un retour d'expérience plus long et d'obtenir des données sur l'évolution des détections faites par les partenaires.

## 1. Rappel des principaux objectifs

Ce sous-axe de l'accompagnement scientifique de la généralisation des PFIDASS à l'échelle nationale vise à analyser la dynamique partenariale des plateformes qui, suivant les hypothèses faites au travers de précédents travaux de l'ODENORE, peut être pensée comme une condition de l'efficacité et de l'efficience du dispositif. En effet, les Caisses seules ne peuvent pas identifier ni traiter les situations de renoncement aux soins ; elles ont nécessairement besoin de partenaires pour que les moyens mis en œuvre par l'Assurance maladie atteignent les objectifs visés.

Il s'agit par conséquent d'analyser les relations entre les CPAM et différents acteurs des territoires. Pour cela, l'étude porte plus précisément sur :

- les relations préexistantes, qui interviennent dans la mise en œuvre du partenariat nécessaire au développement de la PFIDASS ;
- et les relations générées par le partenariat, qui jouent sur le déploiement et la consolidation de la PFIDASS.

La porte d'entrée dans l'étude du partenariat est celle des choix faits par les Caisses (en particulier leurs directions) et des pratiques à l'œuvre pour associer des acteurs des territoires. L'évaluation de l'expérimentation PFIDASS au sein de 21 Caisses a en effet montré que, selon les CPAM, la manière d'envisager la dimension partenariale des plateformes est très différente. Leur ouverture aux acteurs locaux se fait selon des temporalités différenciées et le partenariat peut, dans les faits, déboucher sur différents niveaux d'engagement<sup>1</sup>. Aussi, la question principale est-elle de savoir comment le partenariat, dans sa diversité locale, apporte sur différents plans une ressource indispensable au développement de la PFIDASS et peut en même temps le conditionner.

Cette question conduit à opérer une analyse séquentielle qui demande successivement :

- d'identifier les acteurs institutionnels mais également associatifs, sociaux et sanitaires vers lesquels les CPAM se tournent dans le cadre du déploiement de leur PFIDASS ;
- de comprendre comment les CPAM parviennent à impliquer ces acteurs dans les différentes activités qui composent la PFIDASS
- et de rendre compte des conditions pour un partenariat actif et durable.

Cette analyse nous amène à développer successivement trois sujets : *La recherche de partenaires ; La mise en œuvre d'un processus d'intéressement réciproque ; Le développement d'intérêts croisés*. Sur le plan théorique, l'analyse proposée emprunte principalement à la sociologie de l'innovation, des organisations et de l'action publique.

---

<sup>1</sup> Revil H. (dir.), 2017, « 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 de l'expérimentation nationale PFIDASS de l'Assurance maladie, Odenore, Université Grenoble Alpes.

## 2. Présentation des résultats

La présentation des résultats aborde successivement chacun des trois sujets. Elle rend compte des principales observations issues du travail de terrain, intégrant ainsi des extraits d'entretiens en italique.

### 2.1. La recherche des partenaires

La recherche de partenaires se caractérise de la même façon dans les trois Caisses, malgré certaines particularités. Elle est d'abord progressive, au sens où sa mise en œuvre intervient une fois le dispositif de la PFIDASS installé au sein des CPAM. Ensuite, elle repose pour beaucoup sur l'activation de relations existantes avec différents acteurs des territoires, de manière pragmatique et sans orientation stratégique préalablement définie. Enfin, les partenaires sont choisis pour répondre principalement à un besoin d'efficience, puis à la vocation « universaliste » de la PFIDASS.

#### 2.1.1. De la temporisation à la recherche progressive de partenaires

Les trois Caisses étudiées ont choisi de développer la PFIDASS en interne avant d'ouvrir le dispositif vers les partenaires extérieurs. Ce choix est expliqué par deux raisons : d'une part, par la nécessité de structurer et de mettre en route le dispositif d'abord au sein des Caisses ; d'autre part, par la crainte « *d'une embolie du dispositif* », avec des détections en trop grand nombre ou « *non pertinentes* ». Cette crainte initiale, bien légitime, ne sera pas confirmée dans les faits.

Les Caisses ont donc attendu d'avoir suffisamment installé le dispositif dans leur propre organisation, « *de le sécuriser* », avant d'ouvrir son fonctionnement à des acteurs extérieurs. En effet, les premiers enjeux sur lesquels les Caisses ont fait le choix de se concentrer se situaient du côté de l'organisation de la détection au sein des accueils, ainsi que des relations avec le service social et le service médical. De plus, il faut rappeler que les trois caisses appartenaient à la vague expérimentale des PFIDASS, ce qui a renforcé le choix de travailler prioritairement en interne et d'avancer progressivement, en termes de moyens humains mis à disposition par exemple ou de territoires d'intervention. Pour deux Caisses, la PFIDASS a ainsi été initiée sur des territoires bien circonscrits des départements : l'agglomération de Valence puis Romans et le Sud drômois pour la CPAM de la Drôme, Clermont-Ferrand et son agglomération pour la CPAM du Puy-de-Dôme. Cela a nécessairement eu des conséquences sur le type de partenaires extérieurs mobilisés et la construction de réseaux par bassins de vie, comme nous le verrons plus loin.

Cette étape de structuration interne de la PFIDASS est également celle de la constitution du groupe des conseillers PFIDASS ; le passage à une autre étape suppose en l'occurrence qu'il ait acquis une expérience minimale du service rendu. En parallèle, ce passage suppose d'avoir intégré et dégagé du

temps pour une fonction « *Développement du partenariat* » ou « *de VRP PFIDASS* » dans le management du dispositif et, plus globalement, dans le pilotage du projet.

Un temps de préparation et de structuration interne est donc nécessaire puisqu'il s'agit de créer un service nouveau au sein des Caisses. En effet, l'accompagnement individualisé qui est à développer au travers des plateformes, à la fois, sort de l'approche par « processus » ou par grandes familles d'activité (prestations en nature, revenus de remplacement, accidents du travail, gestion des droits...), ne correspond pas à une approche « populationnelle » - par tranche d'âge par exemple ou par « type de pathologies » - et ne se limite pas non plus à une approche par le « front office ». Cet accompagnement « à la réalisation des soins », tout comme la détection du renoncement, représentent un changement dans les organisations et les pratiques. Il demande nécessairement un temps de mise en place et d'adaptation, même si les objectifs de production attendus (nombre de saisines et nombre de situations traitées ayant abouti) conduisent rapidement les Caisses à penser les termes d'un partenariat.

### 2.1.2. L'activation de relations préexistantes

En premier, les CPAM se tournent naturellement vers des acteurs des territoires avec lesquels elles collaborent déjà ou ont pu collaborer. Elles partent de relations établies et administrées qui forment « *un tissu, un terrain favorable dont la PFIDASS peut, et a pu déjà, bénéficier* ». Par exemple, les conventions bilatérales entre CPAM et CCAS pour faciliter l'accès à une complémentaire santé offrent une base intéressante, en particulier lorsqu'elles visent – en plus de la pré-instruction des demandes d'aides légales en santé – à mutualiser leur soutien financier d'aide facultative à la complémentaire santé afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires. Il en va de même sur certains territoires avec les Contrats locaux de santé instaurés par la loi « *Hôpital patients santé et territoires* » (HPST) de juillet 2009.

Les Plans locaux d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR) mis en œuvre sur la période 2014-2017 ont servi de principal appui pour les trois Caisses étudiées, au travers d'actions déjà partagées avec des acteurs extérieurs à l'Assurance maladie. C'est le cas des « *parcours santé jeunes* » qui associent les CPAM (service d'accueil, centre d'examen de santé, service prestations), les CARSAT (service social), les Missions locales. Au-delà de ce point commun, nous retrouvons des spécificités pour chaque Caisse, avec par exemple des services propres qui ont servi de support au développement des PFIDASS<sup>2</sup>, comme par exemple le service « *Mission sociale* » de la CPAM des Alpes-Maritimes ou le Centre Pasteur dans le Puy-de-Dôme<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Nous pouvons faire l'hypothèse que l'existence de ces services, à vocation sociale, explique pourquoi ces Caisses ont répondu à l'appel à projets pour être Caisses expérimentales. Auquel cas, ce constat ne se généraliserait pas à l'ensemble des Caisses.

<sup>3</sup> Ce point avait déjà été souligné dans le rapport d'évaluation de l'expérimentation PFIDASS dans 21 caisses, Revil H. (dir.), 2017, *op. cit.*

L'histoire propre à chaque caisse, tant du point de vue partenarial que de la création de services ayant des missions proches de celles des PFIDASS, influence nécessairement la mise en place des plateformes. Le passé partenarial, le degré d'ouverture préalable à l'environnement territorial, l'existence de services spécifiques fournissent un terreau plus ou moins favorable au déploiement vers l'extérieur des PFIDASS. C'est également le cas du degré d'appropriation de la démarche PLANIR par les caisses.

Parallèlement, des relations professionnelles établies par les acteurs des CPAM (dirigeants et/ou en position de responsabilité dans les PFIDASS) tout au long de leur carrière au sein de l'Assurance maladie et/ou dans d'autres branches de la Sécurité sociale, voire parfois dans d'autres milieux professionnels, peuvent être mises à profit. Ces relations plus informelles aident efficacement à identifier des acteurs extérieurs à impliquer (ou tenter d'impliquer) dans les PFIDASS.

Enfin, il faut souligner le rôle des conseillers PFIDASS dans la constitution d'un réseau de partenaires. Si la connaissance des acteurs sociaux et sanitaires locaux n'a pas fait partie des critères lors de leur recrutement, ils ont eu rapidement à faire un travail de repérage *in situ*. Pour certains, leur parcours professionnel préalable et/ou leur formation ont pu aider. Ce travail s'est fait de diverses manières selon les lieux, par l'échange avec le service social de la CARSAT, les agents du Département ou entre conseillers (la proximité physique au sein d'un même bureau a pu aider), par l'apprentissage des premiers accompagnements ou encore par la participation aux rencontres territoriales présentant la PFIDASS. Ces différents canaux ont abouti à l'identification de relais très variés voire originaux, tels que le cabinet du Président de la République.

Du fait de la nouveauté de leur mission, de l'absence initiale d'outils dédiés aux partenariats mis à disposition par leur encadrement (par exemple des répertoires ou annuaires de partenaires) et d'une formation spécifique sur ce volet, les conseillers PFIDASS ont eu à construire *ex nihilo* leur boîte à outils concernant les partenariats mobilisables et les ressources externes activables dans les accompagnements : répertoire des aides sociales ; listes d'intervenants administratifs et sociaux et de professionnels de santé ; carnet de notes sur le suivi de chaque situation avec mise en exergue des partenaires mobilisés – en complément des données instruites sur OGEPLANIR – de façon à créer une méthodologie d'intervention incluant les possibilités concrètes offertes par les partenaires (en fonction des types de situation : les ressources potentielles, les interlocuteurs à mobiliser, les circuits à emprunter). Les « fiches liaison » qui circulent entre les conseillers et certains de leurs interlocuteurs peuvent en outre fluidifier les relations partenariales dans le cadre des accompagnements. Sur les trois terrains d'enquête, ce savoir-faire des conseillers et cette technicité acquise sont reconnus unanimement par les partenaires des CPAM. Il apparaît toutefois que ces savoirs, en particulier sur le plan des partenaires externes mobilisables et du type de ressources qu'ils peuvent proposer dans les accompagnements, sont encore fortement individualisés (« *chacun compile ses informations suite aux accompagnements* »), ce qui peut interroger sur leur pérennité et leur transmission en cas de départ des conseillers PFIDASS. Signalons sur ce point des démarches de constitution de fichiers Excel ou d'annuaire local des partenaires, qui sont observées dans les Caisses (dans un but de capitalisation :

« *vu l'énergie et le temps mis pour obtenir les contacts au début* ») et qui se retrouvent comme un des principaux leviers d'action contre le non-recours en France<sup>4</sup>.

### 2.1.3. Un partenariat aux contours variables selon les Caisses

Par conséquent, il apparaît que le partenariat des PFIDASS ne s'est, jusque-là, pas construit à partir de stratégies élaborées initialement au sein des Caisses, ni de consignes ou de directives établies au niveau national. Sa constitution s'est faite de manière progressive – et continue donc de se faire – en fonction de conventions préexistantes et à partir de relations plus informelles ; conventions et relations étant activées pour associer des acteurs autour d'un même projet. Les échanges entre Caisses, les conseils mutuels entre acteurs des PFIDASS, ont pu jouer aussi.

On se trouve très précisément dans un cas de construction d'une action publique (*policy making*), pas à pas, qui tire profit d'une « dépendance au chemin emprunté / *path dependence* » (au travers de conventions établies et du « passé » partenarial) et de ressources nouvelles (en particulier, par la mobilisation de relations personnelles et/ou institutionnelles) pour générer des interactions durables dans l'activité de la PFIDASS. Si les caisses peuvent effectivement tirer profit de cette « dépendance au chemin emprunté » pour initier l'ouverture partenariale de leur PFIDASS, celle-ci peut parfois se transformer en contrainte (au sens où elle peut limiter les relations partenariales avec des acteurs, professionnels, peu ou non connus et/ou l'identification de nouvelles opportunités partenariales qui pourraient pourtant être profitables aux PFIDASS et ainsi renforcer leur efficacité ou leur « universalisme »).

Le fait d'associer tel ou tel acteur se fait donc par « capillarité » (« *par le plus connu* »), avec l'effet d'entraînement des conventions et des relations déjà établies, puis par « *boule de neige* ». Dans les trois Caisses, les premiers acteurs avec qui elles ont souhaité travailler pour la PFIDASS les ont pour certains ouverts à d'autres acteurs qu'elles n'avaient pas identifiés préalablement. C'est ce qui fait dire à un directeur de Caisse : « *quand on est en contact avec un acteur, on hérite de son réseau derrière* ». Pour ces raisons, nous retrouvons, dans le partenariat local, des acteurs attendus, du fait de leurs compétences sur les champs de la PFIDASS (les Départements, les CCAS, les principales associations du territoire...), mais également d'autres acteurs, différents selon les territoires. Dans les Alpes-Maritimes, la Protection judiciaire de la jeunesse a été mise en relation par la Mission locale, le PLIE par Pôle emploi ; dans la Drôme, un acteur qui réalise des chantiers d'insertion (l'ADCAVL) est venu sur conseil d'un autre partenaire alors qu'il n'apparaissait pas de prime abord « *comme un partenaire naturel* » ; la MSAP de Livron a connu la PFIDASS par le pôle réinsertion du Département de la Drôme. Autrement dit, certains partenaires extérieurs contribuent activement à faire évoluer les contours de

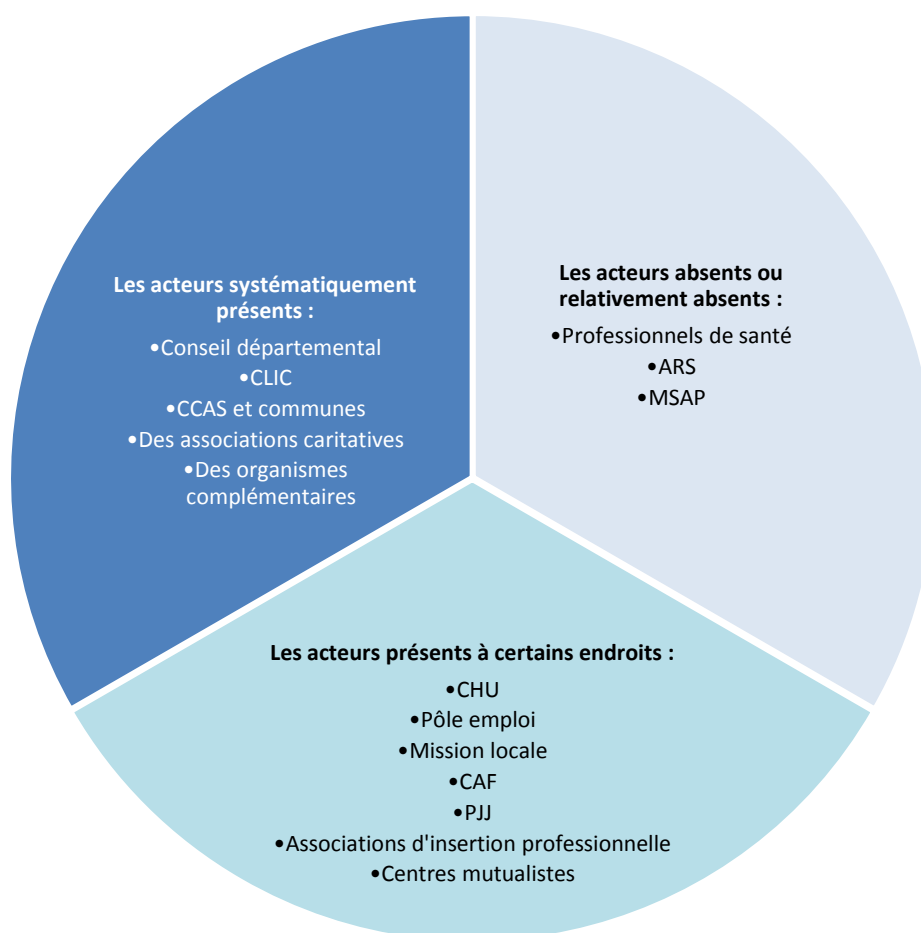
---

<sup>4</sup> Ces démarches internes aux Caisses sont en effet à relier avec des initiatives croissantes de mise en œuvre d'annuaires des solidarités locales, afin de réduire le non-recours par non information (du côté des professionnels comme des populations). Citons par exemple la plateforme internet Solidarité Grenoble, reprise sur d'autres territoires en France (par la Ville de Lille, la Communauté de communes du Grésivaudan...).



l'inscription territoriale de la PFIDASS ; ceci est d'ailleurs essentiel pour éviter que la « dépendance au chemin emprunté » ne devienne une contrainte.

### Les acteurs partenaires de la PFIDASS dans les trois départements étudiés



L'état des lieux des partenariats existants lors des deux phases d'enquête (décembre 2017 – mars 2019) présente ainsi une diversité d'acteurs, tant dans leur profil (associatif, institutionnel...) que dans leur territoire ou cible d'action (quartier politique de la ville vs département, population spécifique vs population générale...). Selon les territoires, des opérateurs importants manquent toutefois, ou bien n'ont pas participé aux réunions collectives, alors que leurs compétences et rôles semblent rejoindre la PFIDASS (Pôle emploi, CAF, ARS, certains Conseils départementaux, MSAP...), de même que les professionnels de santé. L'absence (ou quasi absence) des professionnels de santé parmi les partenaires des plateformes est commune aux trois caisses enquêtées.

Pourtant, pour ces derniers, les directions des Caisses et les managers PFIDASS ont cherché, et cherchent toujours, à les associer au dispositif. Ce dernier a pu être présenté dans les informations envoyées aux professionnels de santé ou lors des différentes occasions de rencontre ou de travail entre

l'Assurance maladie et eux, par exemple en Commission paritaire locale ou par l'intermédiaire des Délégués de l'Assurance maladie<sup>5</sup>. Des efforts particuliers ont également été faits en direction des dentistes (campagne de *mailings*, rencontre en commissions...), sans conséquence dans la majorité des cas.

### **Les professionnels de santé et le renoncement aux soins**

A l'instar de leur faible participation aux dispositifs PFIDASS dans les caisses participant à l'enquête et au moment de celle-ci, les professionnels de santé (hors Assurance maladie) étaient globalement absents des entretiens collectifs réalisés dans le cadre de cette étude. Des différences sont toutefois à faire entre ces professionnels : les échanges lors du travail de terrain indiquaient que des infirmières commençaient par exemple à être présentes dans les discussions autour des PFIDASS, alors que les difficultés semblaient se cristalliser sur l'implication des médecins généralistes et des dentistes.

Des éléments issus d'autres travaux de l'Odenore et de temps d'échanges avec des professionnels de santé dans le cadre de programmes scientifiques pluridisciplinaires, peuvent donner quelques indications sur les raisons de cet engagement limité (au moment où nous réalisons l'enquête de terrain tout du moins).

De manière générale, le positionnement des professionnels de santé par rapport à la question du renoncement aux soins reste ambivalent sinon compliqué. Pour une partie d'entre eux, ces situations, le fait de les penser comme problématiques, résonnent encore comme une mise en doute, ou en cause, de leurs pratiques. Repérer le renoncement et les problématiques d'accès aux soins peut en l'occurrence apparaître à un certain nombre de professionnels de la santé comme hors de leur champ d'action. Il existe en outre des incompréhensions fortes chez une partie des professionnels de la santé sur les raisons pour lesquelles les personnes ne réalisent pas certains soins ou ne suivent pas les traitements prescrits ; certaines représentations qui tendent à renvoyer la responsabilité unilatérale de ces situations vers les personnes perdurent d'ailleurs.

Les professionnels de la santé font également état de leur difficulté à identifier et/ou à « faire remonter » certaines problématiques d'accès aux soins dans la mesure où ils ne connaissent et/ou ne comprennent pas toujours bien le système de protection sociale, l'assurance maladie, ni les circuits à suivre et les acteurs vers lesquels se tourner pour réaliser certaines démarches administratives. Des professionnels évoquent aussi des incompréhensions sur la co-existence dans certains territoires de dispositifs comme les LUP et les PFIDASS (voire d'autres services) et sur les rôles respectifs de chacun de ces services.

Les nécessaires évolutions en termes de formation sont régulièrement pointées pour permettre aux professionnels de santé de mieux comprendre le renoncement aux soins et, plus globalement, les inégalités sociales de santé. Le renforcement d'enseignements (ou d'interventions d'experts) portant sur la sécurité sociale, l'assurance maladie, les évolutions des droits, des logiques d'action, est aussi cités par les professionnels comme nécessaire, si l'objectif est de renforcer la prise en compte du non-recours aux droits et du renoncement aux soins dans leurs pratiques. Nombreux sont actuellement les étudiants en médecine finissant leur cursus qui n'ont pas souvenir de tels enseignements ou se souviennent avoir eu des enseignements de très courte durée.

---

<sup>5</sup> Des exemples d'initiatives à destination des professionnels de santé avaient également été relevés dans le rapport d'évaluation des 21 caisses expérimentatrices PFIDASS.

Aujourd'hui, en France, la perception du renoncement aux soins, plus largement des inégalités sociales de santé, le sentiment de pouvoir agir et « *contribuer à la solution* » en la matière (pour reprendre une expression d'Hector Falcoff), sont fortement différenciés d'un professionnel de santé à l'autre. Parmi les médecins généralistes par exemple, si la plupart n'a eu quasiment aucune heure de formation dédiée à la question du renoncement aux soins, de la précarité ou des inégalités sociales de santé, d'autres ont participé à des formations facultatives ponctuelles sur ces sujets voire ont suivi un cursus universitaire complémentaire (par exemple un DU).

A l'heure actuelle, les étudiants ou professionnels de santé en activité qui participent aux enseignements ou formations sur ces sujets le font principalement sur la base du volontariat (et donc généralement d'un intérêt pour ces questions), ce qui contribue à creuser des écarts entre des professionnels bien formés sur ces sujets (et intéressés par ceux-ci) et d'autres qui n'y sont que très peu sensibilisés (et sensibles).

En parallèle, nous pouvons faire l'hypothèse que les médecins généralistes et les autres professionnels de santé exerçant dans des structures collectives, potentiellement pluri professionnelles (centres, maisons ou pôles de santé), organisées autour d'un projet ayant pour objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé, ont une propension plus forte à s'investir dans des dispositifs tels ceux mis en place par l'Assurance maladie pour améliorer l'accès à la santé. En outre, selon leur lieu d'implantation (le plus souvent en quartier Prioritaire de la ville (QPV) et/ou dans des zones sous-denses médicalement), ces structures peuvent être des lieux propices au repérage de situations de renoncement aux soins.

Il est cependant important pour les professionnels de santé de ces structures que les modalités pour réaliser des saisines des PFIDASS soient facilitées et que le processus pour établir une convention avec les CPAM n'apparaisse pas comme trop lourd. Des modalités de saisines simplifiées existent déjà dans la plupart des caisses. Cependant, des échanges avec des professionnels exerçant dans des structures de santé collectives indiquent que certains, ayant repéré des situations de renoncement aux soins parmi leur patientèle, ont questionné les CPAM sur la manière de saisir les PFIDASS mais que la nécessité de conventionner avant de réaliser toute saisine leur a été présentée comme un préalable incontournable. Cela a pu freiner les professionnels dans leur intention de se saisir des PFIDASS.

#### 2.1.4. Une attente universaliste et un enjeu territorial

A côté d'une ouverture partenariale de la PFIDASS par « capillarité » et « effet boule de neige », on peut noter certains critères de choix des partenaires. Parmi ceux-ci, les Caisses mettent en avant l'objectif des PFIDASS de réduire le renoncement aux soins « pour l'ensemble de la population du régime général ». De ce fait, le partenariat vise à garantir cette « vocation universelle », en permettant de toucher une population large et sur l'ensemble des territoires.

En effet, guidées par un souci de proximité avec les populations, les Caisses cherchent à étendre et à implanter au mieux l'action de la PFIDASS dans le plus grand nombre de territoires possibles ; la question des territoires éloignés est par exemple présentée dans une Caisse comme une « *question lourde* », c'est-à-dire centrale en termes d'enjeux. C'est pour cette raison que les CPAM sont particulièrement attentives à la localisation géographique et à l'implantation territoriale des partenaires (les lieux où ils se trouvent et leur rôle sur le territoire) et que toutes, surtout dans une

phase de réflexion autour du partenariat, font de la question des « territoires couverts » un enjeu. Cette approche du partenariat se veut immédiatement opérationnelle ; les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) comme les Maisons de service au public (MSAP) reviennent souvent comme des acteurs pouvant favoriser une implantation territoriale large des PFIDASS.

Cette approche opérationnelle a cependant une limite principale qui n'échappe pas aux directions des CPAM. Les PFIDASS peuvent en effet bénéficier de réseaux d'acteurs parfois très denses sur certains territoires. Mais c'est plus compliqué là où peu ou pas d'acteurs sont implantés. Cela signifie qu'en fonction des territoires, le déploiement, et donc les objectifs des porteurs des PFIDASS, seront plus ou moins faciles à atteindre selon que les CPAM peuvent s'appuyer ou pas sur la présence d'acteurs.

Pour le moment, les indicateurs de suivi de la PFIDASS ne sont pas en mesure de pointer les disparités territoriales en termes de détection et d'accompagnement. Cela pourrait désormais fournir des indications utiles pour piloter et orienter l'ouverture partenariale des PFIDASS. En tout cas, dans la mesure où les territoires ou les bassins de vie les plus denses démographiquement le sont aussi institutionnellement, ce sont sur les territoires les moins urbanisés, où le plus souvent se cumulent différents facteurs explicatifs du renoncement aux soins (dont la mobilité et la faible démographie médicale<sup>6</sup>), que les CPAM ont le moins de partenaires possibles alors même que les besoins y sont certainement très prégnants<sup>7</sup>. On le verra plus loin, l'extension territoriale de la PFIDASS - et les leviers à activer pour ce faire - dans chaque département est l'une des principales conditions de sa soutenabilité.

De ce point de vue, on peut noter que les CPAM des trois départements dans lesquels nous avons enquêté ne sont pas dans les mêmes configurations au départ. La Caisse de la Drôme doit « explorer » la possibilité de partenariats en particulier avec le réseau des Maisons de services au public pour essayer de trouver des relais dans tout le reste du département et à ses frontières, notamment avec l'Ardèche : « *avoir des partenaires qui irriguent sur les deux rives [du Rhône]* ». A l'inverse, la Caisse du Puy-de-Dôme peut s'appuyer sur des réseaux d'acteurs fortement constitués – notamment au travers des Contrats locaux de santé ou des Ateliers santé ville dans les quartiers politique de la ville – sur certains territoires et ainsi construire de manière « *pragmatique* » l'inscription territoriale des PFIDASS. Après avoir développée la PFIDASS sur Clermont-Ferrand et son agglomération, la Caisse a pu le faire à Issoire et à Thiers, ce qui correspond par ailleurs à l'organisation territoriale de la CPAM (elle y dispose de points d'accueil permettant les entretiens physiques pour l'accompagnement PFIDASS). On retrouve pleinement dans cet exemple le fonctionnement d'un système local d'action

---

<sup>6</sup> A noter que la faible démographie médicale oblige parfois des assurés sociaux d'un département à chercher à se faire soigner dans un département voisin. Cela peut conduire les conseillers PFIDASS à intervenir au-delà du territoire de leur caisse, comme dans la Drôme où la réflexion de la CPAM porte sur des conventionnements tripartites avec la CPAM Ardèche et d'autres acteurs afin « *d'avoir des partenaires qui irriguent sur les deux rives [du Rhône]* ».

<sup>7</sup> Le BRS montre bien comment certains facteurs du renoncement aux soins sont plus actifs pour certaines caisses. Des zooms sur certaines parties des territoires d'intervention de ces caisses renforceraient certainement ce constat.

publique, c'est-à-dire « le résultat des interactions entre les éléments qui le composent (l'influence de l'histoire des territoires, la gravité des situations locales, les rôles des différents types d'acteurs et leurs fonctionnements en réseau) »<sup>8</sup>.

### 2.1.5. Un besoin d'efficience

Ce n'est pas parce qu'elles collaborent avec des acteurs extérieurs, indépendamment de la PFIDASS et souvent avant même sa création, que les CPAM les sollicitent systématiquement pour prendre part aux plateformes. Les Caisses s'adressent en priorité à des acteurs qu'elles considèrent comme pouvant accroître l'efficience de la PFIDASS, à la fois en termes d'« efficience productive » et d'« efficience allocative ». En reprenant ce vocabulaire de l'évaluation des effets d'une politique publique<sup>9</sup>, il s'agit de comprendre que le partenariat intéresse les Caisses pour ces deux motifs :

- Le partenariat est nécessaire parce qu'il peut accroître et/ou améliorer le service rendu par rapport aux ressources mises en œuvre par les Caisses. Soit améliorer/accroître l'efficience productive, c'est-à-dire le rapport entre les outputs produits – les actes concrets et individualisés réalisés – et les ressources investies par l'Assurance maladie. Sur les trois Caisses, il est ainsi attendu des partenaires qu'ils contribuent à la montée en charge de l'activité de la PFIDASS, en termes de détection de situations de renoncement et/ou de réduction des délais d'accompagnement.
- En même temps, le partenariat est attendu car il doit permettre d'ajouter des ressources humaines, matérielles, techniques et/ou financières aux ressources mises en œuvre par les Caisses au travers des PFIDASS. Soit produire une efficience allocative en créant un effet levier (générer d'autres ressources et d'autres activités) à partir de l'investissement initial des CPAM. Sur ce plan, le partenariat doit apporter des moyens complémentaires à ceux des CPAM pour permettre aux personnes de réaliser les soins renoncés et, plus globalement, pour renforcer l'accès aux soins au niveau des territoires. Ces moyens peuvent être humains (compétences sociales, administratives, médicales), matériels (dispositifs d'accueil physique, plateforme internet, actions pour aider à la mobilité...), financiers (aides financières, prêts...), et techniques (notamment une offre de services de soins ou d'appareils médicaux).

Les entretiens n'ont pas permis d'obtenir une mesure de l'efficience allocative produite par les contributions des partenaires aux dispositifs PFIDASS. Nous avons seulement pu relever des éléments concernant leur activité, utiles pour apprécier l'efficience productive. Il s'agit en l'espèce du nombre de détections réalisées par les différents partenaires ; nous allons également y revenir.

---

<sup>8</sup> Loncle P., 2011, « La jeunesse au local : sociologie des systèmes locaux d'action publique », *Sociologie*, vol. 2, n°2, p.131.

<sup>9</sup> Knoepfel P., Larrue C., & Varone F. (2001), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Genève/Bâle/Munich, Helbing & Lichtenbahn.

Malgré cette limite, il est clair que la recherche d'efficience (et de manière sous-jacente d'efficacité) guide principalement les Caisses dans leur choix des partenaires<sup>10</sup>. L'importance donnée à des acteurs comme les Conseils départementaux l'illustre bien, étant prioritaire dans la construction du partenariat pour aider, de par le nombre d'agents et la couverture territoriale, à la détection. C'est ce qui compte pour développer l'activité de la PFIDASS. L'attente est donc de nature économique, et non pas politique. En effet, l'enquête réalisée montre, qu'au moment nous avons réalisé les travaux de terrain, la recherche de partenaires par les CPAM n'est pas portée par une visée stratégique au sens où les Caisses tendraient à jouer un « rôle institutionnel » particulier en matière d'accès aux soins et à la santé sur les territoires à travers la PFIDASS.

Les directions des Caisses ont bien entendu en tête la question de la place de la PFIDASS sur les territoires et l'enjeu de son articulation à d'autres dispositifs, ceux produits préalablement par l'Assurance maladie (comme le Relais santé à Clermont-Ferrand qui accompagne les publics rencontrant des difficultés de santé, mais sans être nécessairement en renoncement aux soins), mais aussi, selon les territoires, les Contrats locaux de santé et/ou ceux destinés aux populations en grande précarité (Permanences d'accès aux soins de santé, Lits Haltes-Soins-Santé, services de la Croix-Rouge Française, Centres d'Accueils, de Soins et d'Orientation – CASO – de Médecins du Monde).

Cependant, les Caisses n'agissent pas dans l'intention de faire de la PFIDASS un dispositif auquel viendraient s'arrimer les initiatives extérieures et ainsi de jouer un rôle de coordination. Il n'y a pas, localement, de projet ni de volonté de « leadership stratégique » en matière d'accès des populations aux soins et à la santé ou de lutte contre les inégalités en matière de santé. En revanche, le besoin de construire un partenariat externe pour augmenter l'activité des PFIDASS et renforcer les accompagnements amène les directions et les managers à développer un « leadership tactique », fortement transactionnel, pour parvenir à différents gains de productivité, d'efficacité et d'efficience dans l'identification des populations, l'accompagnement des réponses, et le partage des coûts financiers.

Ce leadership tactique repose beaucoup sur les managers et les conseillers PFIDASS. Les managers recherchent l'implication d'acteurs publics ou privés (Centres communaux d'action sociale, Maisons de services au public, mutuelles, fabricants de matériel prothétique...) dans le fonctionnement général de la PFIDASS. Ils négocient des engagements institutionnels en amenant plus ou moins tôt les acteurs à signer une convention de partenariat, notamment selon qu'il existe déjà, ou pas, une convention ou un dispositif commun. Les managers chargés du partenariat ont aussi à l'animer au travers de rencontres formelles ou informelles, bilatérales ou collectives. Dans une des Caisses, le principe retenu est d'alterner les deux temps, un bilatéral (un comité d'analyse avec chaque partenaire « *pour faire un bilan par rapport à la convention, mais ce n'est pas une cour d'assise* ») et un collectif.

---

<sup>10</sup> Nous avons un exemple tout à fait comparable avec les politiques des Régions lorsque nous avons étudié les effets leviers recherchés dans les partenariats mis en place par les Conseils régionaux : Jouve B., Spenlehauer V., & Warin P. (dir.), 2000, *La région, laboratoire politique. Une radioscopie de Rhône-Alpes*, Paris, Editions La Découverte, collection « Recherches ».

A leur niveau et comme évoqué plus tôt, les conseillers PFIDASS recherchent la contribution de professionnels (intervenants sociaux, professionnels de santé, agents d'organismes complémentaires...) pour améliorer les réponses concrètes à apporter aux situations individuelles. Ils négocient des ressources au cas par cas. Ce peut être avec les acteurs sociaux : des relais dans l'accompagnement des personnes vers un professionnel de santé, dans le suivi des parcours de soins sinon dans l'observance des prescriptions ; une contribution financière à la réduction du reste à charge ; des conseils pour certains contrats complémentaires... Avec les professionnels de santé : une réduction du coût de devis, l'acceptation de facilités dans le paiement d'actes de soins, la réduction des délais de rendez-vous....

## 2.2. La mise en œuvre d'un processus d'intéressement réciproque

Pour mobiliser des acteurs, il faut les attirer et trouver avec eux les termes d'un accord<sup>11</sup>. La nécessité du partenariat demande par conséquent la mise en œuvre d'un processus d'intéressement réciproque, c'est-à-dire un processus d'interactions entre des acteurs dans lequel chacun recherche un avantage. La toute première évaluation de la PFIDASS du Gard avait souligné que ce processus d'intéressement d'acteurs extérieurs à l'Assurance maladie, et l'argumentation à développer pour attirer certains acteurs - en particulier les professionnels de santé -, constituait un enjeu central pour le déploiement de la plateforme<sup>12</sup>.

Ce processus d'intéressement réciproque repose initialement sur ce que les acteurs (les Caisses et leurs partenaires) appellent lors des entretiens, une logique du « *gagnant-gagnant* ». Les entretiens n'ont pas permis d'entrer dans le détail des négociations, ni dans « l'art du bien savoir négocier » qui est la clé d'un rapport gagnant-gagnant. Néanmoins, les rencontres avec les acteurs ont permis de relever les avantages qu'ils accordent à la PFIDASS et dont ils cherchent à avoir le bénéfice. Ces avantages sont principalement de deux ordres. Ils sont « pratiques » lorsque les acteurs sont essentiellement concernés par le résultat concret de leur participation à la PFIDASS. Ils sont « symboliques » quand les acteurs s'attachent aux effets (supposés) de leur participation sur leur réputation. L'importance de ces avantages pratiques et symboliques est qu'ils peuvent conduire les CPAM et les partenaires à partager un objectif commun : l'accès aux soins et à la santé.

---

<sup>11</sup> La sociologie a montré que le succès de l'innovation dépend en particulier de l'intéressement qui est produit autour d'elle : Alkrich M., Callon M., & Latour B. (1988), « A quoi tient le succès des innovations ?, *Gérer et Comprendre*, Les Annales des Mines, p. 4-17.

<sup>12</sup> Revil H. et P. Warin, 2015, « La plateforme d'intervention pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins », Etude pour la CPAM du Gard, Odenore, Université Grenoble-Alpes.

### 2.2.1. Des avantages pratiques

Les avantages pratiques de la PFIDASS pour les partenaires sont assez variés car ils peuvent être techniques (améliorer l'identification des situations de renoncement et la connaissance des réponses possibles), financiers (ouvrir des financements complémentaires pour la prise en charge de soins) et institutionnels (accès facilité à l'Assurance maladie). Ils concernent tous les partenaires ou bien certains d'entre eux.

Grâce aux moyens de conseil, de médiation et/ou de financement mis en œuvre par les Caisses au travers des accompagnements, des partenaires participent à la PFIDASS pour l'étayage qu'elle apporte à leurs propres actions. Cet intérêt se retrouve en particulier parmi les collectivités locales et les services sociaux des Départements, ce qui explique certainement pourquoi ils se retrouvent systématiquement comme partenaires de la PFIDASS s'agissant des trois caisses enquêtées. C'est le cas lorsque la plateforme permet une prise en charge de situations sur lesquelles, en totalité ou en partie, les acteurs ne peuvent pas ou ne savent pas intervenir ; les services sociaux des Départements ou des CHU mais aussi les Missions locales par exemple insistent beaucoup sur le fait que la PFIDASS « *soulage* » les services, « *allège le travail* » et permet d'agir concrètement sur le renoncement aux soins, étant donné que « *les travailleurs sociaux ne peuvent pas être experts de tout* ». Comme cela avait été pointée dès la toute première évaluation sociologique de la PFIDASS<sup>13</sup>, celle-ci est alors très souvent définie comme un « *relais* », un « *outil supplémentaire* » ou « *complémentaire* » pour prendre en charge des situations de renoncement aux soins pour lesquelles peu de solutions dédiées existent du point de vue des partenaires. Lors de l'enquête de terrain, plusieurs partenaires ont évoqué le fait que la complémentarité des compétences se remarque notamment lorsque des échanges, voire des entretiens conjoints entre conseillers PFIDASS et agents des services sociaux (du secteur, d'une institution de soin), ont lieu dans le cadre d'un accompagnement<sup>14</sup>.

Les termes utilisés pour qualifier la PFIDASS par une grande partie des partenaires des trois sites d'enquête se rapportent à « *l'efficacité* » et à la « *réactivité* » des conseillers, aux solutions « *concrètes* », face à des situations sur lesquelles certains ont le sentiment de bricoler ou d'être impuissants. Sur ce plan, deux avantages de la PFIDASS sont particulièrement mis en avant par les partenaires. D'une part, il ressort que le dispositif propose une réponse à la problématique générale de l'accès à un organisme complémentaire adapté (dans les possibilités de financement, dans l'aide aux assurés dans le choix d'une complémentaire...), un sujet qui est présenté comme « *trop technique* » pour être totalement maîtrisé par les agents des acteurs partenaires. Sur cette question de l'accès à une complémentaire adaptée aux besoins et aux moyens des personnes, la compétence des conseillers PFIDASS est remarquée par beaucoup.

---

<sup>13</sup> Revil H. et P. Warin, 2015, *op. cit.*

<sup>14</sup> Nous ne parlons pas ici des complémentarités entre les conseillers des PFIDASS et les travailleurs sociaux de l'Assurance maladie. Une autre étude porte sur les enjeux internes à l'Assurance maladie de la mise en place des PFIDASS dans laquelle ce point est abordé.



D'autre part, la capacité des conseillers PFIDASS, en lien - souvent mais non systématiquement - avec les médecins ou dentistes conseils du service médical, à élaborer des montages financiers pour les soins onéreux, à proposer des alternatives thérapeutiques et surtout à négocier avec des professionnels de santé est souvent citée comme un « *gain essentiel* » pour ceux qui n'ont pas cette capacité d'intervention ni, et c'est un autre terme très partagé des partenaires, la « *légitimité* » de l'institution Assurance maladie. Dans tous ces cas, les avantages de la PFIDASS pour les partenaires sont à la fois techniques, financiers et politiques.

D'autres partenaires, comme les mutuelles et les CCAS, voient dans la PFIDASS une opportunité pour rationaliser (et/ou flécher) l'usage de leurs propres fonds d'aide ou d'action sociale. La PFIDASS tend en effet à produire une redistribution horizontale à travers un financement croisé des restes à charge. Cette redistribution, quand elle arrive concrètement à se mettre en place, s'organise autour d'un principe de subsidiarité – c'est-à-dire du « qui fait quoi, pour quels publics, jusqu'où ? » – que Caisses et partenaires peuvent parfois définir entre eux et souvent traitent au cas par cas. Ainsi, lors de la réalisation des enquêtes à la CPAM des Alpes-Maritimes, un représentant de la Mutualité française évoque le fait que « *la PFIDASS a créé une voie prioritaire* » dans le traitement des demandes d'aide financière et que celles émanant de la PFIDASS sont rarement refusées (tout en indiquant que cela pose la question de « *l'arbitrage avec les besoins des autres adhérents* », ce qui n'est d'ailleurs pas une question mineure). Cet avantage financier (entendu comme le fait de pouvoir apporter, à plusieurs, une réponse financière à des situations de restes à charge difficilement solubles par un seul acteur) avait été pointé dans le cadre de la première évaluation de la PFIDASS du Gard<sup>15</sup>. Mais l'avantage est aussi politique. L'initiative de l'Assurance maladie fournit en effet aux mutuelles et CCAS un argument principal pour mettre à contribution leurs fonds de réserve ou fonds d'action sociale. Les raisons de dépenser cet argent sont légitimes car expliquées par la participation à une initiative institutionnelle portée en outre par un acteur pensé comme, là encore, légitime sur cette question de l'accès aux soins ; au sein des organismes mutualistes ou des CCAS, cela peut éviter, voire contrer, des arbitrages internes souvent compliqués (coûts de transaction) une fois la décision prise d'être partenaire de la PFIDASS.

### 2.2.2. Des avantages symboliques

Les avantages symboliques de la PFIDASS paraissent plus réduits au sens où ils gravitent autour de la réputation et par conséquent de la légitimité des acteurs. Ils concernent également un nombre plus limité de partenaires, en tout cas tel que ressorti des entretiens collectifs.

En permettant d'apporter une « *solution en plus* », la PFIDASS (re)crédibilise l'intervention de différents acteurs (Communes ou CCAS, associations pour l'insertion socioprofessionnelle, Missions locales et Maisons de services au public) aux yeux de leur public et/ou lui montre que les acteurs peuvent également apporter des solutions - ou des pistes - sur des sujets - tels celui de l'accès aux

---

<sup>15</sup> Revil H. et P. Warin, 2015 op. cit.

soins - sur lesquels les publics ne les attendent pas nécessairement. Parallèlement, un partenariat avec l'Assurance maladie peut renforcer la légitimité des acteurs sur le territoire et auprès de leurs financeurs ou donneurs d'ordre. On peut ainsi noter que les Maisons de services au public prennent soin de rendre compte de leur participation à la PFIDASS dans la remontée d'informations sur les accompagnements réalisés vers le Commissariat général à l'égalité des territoires.

Les avantages pratiques et symboliques de la PFIDASS sont d'autant plus facilement reconnus par les partenaires que tous soulignent, comme d'autres acteurs<sup>16</sup>, la nouveauté de la PFIDASS et l'importance du changement qu'elle signifie, ou initie, pour l'Assurance maladie<sup>17</sup>. En mettant à disposition des conseillers spécifiquement dédiés au renoncement aux soins, disponibles et joignables, cela a notamment comme effet d'introduire un rapport différent à l'institution par rapport à ce que les partenaires connaissent par ailleurs : « *la PFIDASS permet de retrouver le contact direct avec la CPAM connu il y a 20 ans* ». Sur ce point, la symétrie avec les propos des assurés accompagnés par les PFIDASS est intéressante à noter<sup>18</sup>.

### 2.2.3. Les apports concrets des partenaires aux PFIDASS

Les partenaires peuvent servir l'action des PFIDASS aux principaux étages de leur intervention : dans la détection des situations de renoncement et l'orientation des personnes vers les conseillers PFIDASS ; dans l'accompagnement des personnes vers des professionnels de santé ; dans le suivi (observance) des soins ; dans la mobilisation le cas échéant de fonds sociaux pour solvabiliser les assurés dans l'incapacité de couvrir les restes à charge financiers. Du fait que ce sont avant tout des personnes qui dans chaque organisation partenaire s'engagent dans le fonctionnement des PFIDASS, il est difficile de classer les différents niveaux d'engagement par types d'organisations partenaires, au risque d'homogénéiser artificiellement les choses. En revanche, et cela apparaîtra plus loin, il est clair que certains acteurs (collectivités publiques, organismes complémentaires notamment) ont plus que d'autres la possibilité de réponses sur le plan financier.

Les CPAM en revanche se chargent seules : du bilan des droits maladie de base et complémentaires et de la situation administrative (notamment par rapport à la déclaration d'un médecin traitant), et, selon les situations, de l'actualisation de la protection obligatoire ; de l'ouverture d'un droit à une

---

<sup>16</sup> Parmi d'autres, le rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes sur « La santé et l'accès aux soins » présente longuement le dispositif PFIDASS et ses avantages et le rapport 2016 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde « se réjouit du projet de généralisation du nouveau dispositif mis en place par la CNAMTS, pour lutter contre le phénomène de renoncement aux soins » (p. 63). Bousquet D., & al., 2017, « La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité », Rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Médecins du Monde, 2016, « Comprendre les précarités, changer de politique », Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins (synthèse).

<sup>17</sup> Engagements et changements que Christian Fatoux a bien éclairés dans un article récent : Fatoux C., 2017, « Un investissement social de l'Assurance maladie : la PFIDASS. Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif local d'accès aux soins », *Regards*, Revue de l'EN3S, n° 52, p. 187-203.

<sup>18</sup> A voir notamment Revil H. (dir), 2017, op. cit. et Rode A., 2018, « Les effets des PFIDASS pour leurs bénéficiaires », Rapport pour la CNAMTS, Odenore.

assurance complémentaire gratuite ou aidée (ou de vérifier/aiguiller pour que celle souscrite soit adaptée aux besoins) ; de la vérification également de l'existence d'un médecin référent pour garantir une meilleure prise en charge des dépenses de santé dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

#### 2.2.4. L'accès aux soins de santé comme objectif commun

Il apparaît que la PFIDASS contribue à construire l'accès aux soins et à la santé comme un « commun », ce qui s'observe notamment par l'importance prise par les données du BRS au moment de présenter la PFIDASS aux partenaires. Au cours des entretiens collectifs, plusieurs d'entre eux sont revenus sur la « surprise » produite par la présentation de ces données ; si le renoncement était une réalité déjà rencontrée par la majorité d'entre eux, ils en sous-estimaient l'ampleur. Cela a joué dans les engagements à plusieurs niveaux, et plus ou moins poussés, des partenaires pour atteindre le même objectif qui est de garantir l'accès aux soins de santé.

Tous ont compris et/ou prennent de plus en plus conscience, en travaillant notamment à la résolution de situations de renoncement via les PFIDASS, que l'accès aux soins et à la santé ne se résume pas à l'utilisation d'une offre de soins, mais que cette notion couvre un ensemble de dimensions plus spécifiques, s'articulant les unes aux autres (disponibilité, accessibilité, acceptabilité des soins) et décrivant le rapport entre le patient et le système de santé (incluant assurance maladie et soins)<sup>19</sup>. Les acteurs des territoires insistent par exemple sur le besoin d'une « *approche globale, avec des réponses individualisées et une aide à l'autonomie* ». C'est bien ce que le partenariat autour des PFIDASS tente d'opérer, à savoir une coopération entre acteurs sanitaires et sociaux pour traiter les différentes dimensions de l'accès aux soins et à la santé : en recherchant des professionnels de santé disponibles et le plus possible à l'écoute des difficultés des patients ; en aidant les déplacements et en allégeant les restes à charge ; en apportant des réponses à d'autres besoins (logement, parentalité...) pour rendre les personnes plus autonomes dans leurs parcours de soins ; etc. Du point de vue des acteurs rencontrés, c'est là que la PFIDASS produit un changement ou, au moins, peut l'initier. Mais c'est là aussi que les difficultés du partenariat apparaissent car pour être effectif et soutenable, celui-ci doit parvenir à stabiliser les engagements autour de règles partagées. Le partenariat doit en outre se nouer également avec des acteurs qui ont la capacité d'agir sur certaines dimensions de l'accès aux soins et à la santé sur lesquelles l'Assurance maladie n'est pas directement pensé comme un interlocuteur évident.

Pour comprendre ces difficultés, il est nécessaire d'indiquer ce que l'on entend par « commun ». Pour cela, il suffit de rappeler que le propre des « communs » est de sortir du problème du « dilemme social » qui se pose à chaque fois que des acteurs – du fait des missions, fonctions, réglementations, habitudes – restent tout ou partie dans une logique de l'action propre qui n'est pas aussi efficace et

---

<sup>19</sup> Cette définition taxonomique de l'accès aux soins doit beaucoup aux travaux Roy Penchansky et J. William Thomas (en particulier leur célèbre article de 1981 : "The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction", *Med Care*, vol. 19, n° 2, p 127-140).

efficace que celle qu'ils pourraient développer ensemble<sup>20</sup>. Or au cours de l'enquête, sur aucun des trois terrains, nous n'avons entendu que les partenaires (ni d'ailleurs les CPAM) s'engageaient durablement dans une logique collective visant à réunir les trois dimensions (et conditions) de l'accès aux soins de santé. Aussi avons-nous été particulièrement attentifs, notamment lors des seconds entretiens individuels et collectifs, à l'ensemble des propos pouvant appeler au développement d'intérêts croisés.

### 2.3. Le développement d'intérêts croisés

Le développement d'intérêts croisés est la condition de la soutenabilité du partenariat nécessaire pour assurer au mieux l'efficacité de la PFIDASS. Ce troisième sujet de discussion demande de rendre compte de plusieurs observations. Pour les introduire, il est essentiel de partir de l'activité du partenariat et de ce qu'il produit en termes de détection (l'efficacité productive, comme expliqué plus haut). A partir de ces éléments, il sera possible de conclure sur les conditions probablement nécessaires pour asseoir un partenariat actif et durable, autour d'un objectif partagé et organisé comme un commun.

Les entretiens réalisés à presque une année d'intervalle montrent une montée en charge des détections de manière générale, et une implication des partenaires très variable. Lors des premiers entretiens, début 2018, les situations sont différentes selon les Caisses. Nous retrouvons près d'un quart des détections faites par les partenaires dans deux Caisses contre moins de 3% dans une. Dans cette dernière, les agents de la CPAM notent le décalage fort entre les séances d'information sur la PFIDASS (« *on s'arracherait presque les conventions des mains* »), le conventionnement effectif et le nombre de détections faites par les partenaires.

#### Part des détections réalisées, en 2017-2018, par des partenaires extérieurs

		Puy-de-Dôme	Drôme	Alpes-Maritimes
2017	Nombre de détections totales	557	453	1 600
	Part des détections réalisées par des partenaires (incluant les professionnels de santé)	22 %	2,4 %	25 %
2018	Nombre de détections totales	940	n.d.	2 993
	Part des détections réalisées par des partenaires (incluant les professionnels de santé)	16 %	11 %	30 %

<sup>20</sup> D'un point de vue théorique, le besoin de dépasser ce type d'obstacles est au cœur de la théorie institutionnelle de l'économiste américaine Elinor Ostrom (qui a donné sa légitimité académique à la notion de « ressources en pool commun – *common pool resources* »). Dans cette théorie, à laquelle il nous semble utile de nous référer ici, les communs, pris dans leur définition la plus générale de « *ressources partagées dans un groupe de gens* », sont considérés d'efficacité et d'efficacité supérieures aux stratégies non coopératives.

Ce qui est cependant partagé entre Caisses est le point suivant : derrière les relations à des institutions partenaires, prises dans leur ensemble, l'essentiel des détections sont en réalité faites par quelques agents. Dans les Conseils départementaux par exemple, seuls quelques travailleurs sociaux sont actifs et orientent régulièrement vers la PFIDASS. L'évaluation de l'expérimentation PFIDASS dans 21 caisses, tout comme celles du Gard, faisaient des constats proches : les conventions ne se traduisent pas nécessairement par une activité effective des partenaires dans les PFIDASS, notamment en termes de détection ; les détections reposent parfois sur quelques professionnels au sein des organismes ou collectivités. Ces travaux insistaient en outre sur un point : une faible activité « effective » dans les PFIDASS n'aident pas le processus d'intéressement nécessaire à l'établissement d'un partenariat durable, autour d'un objectif commun. Plusieurs des partenaires interrogés dans la première évaluation de la PFIDASS du Gard<sup>21</sup> expliquaient en effet que c'était au moment où certains de leurs professionnels s'étaient concrètement lancés dans la détection qu'ils avaient perçu en quoi cela pouvait leur apporter (à eux individuellement et/ou à leur institution) quelque chose.

En 2018, la « faible activité » de certains partenaires ou leur implication partielle dans la détection de situations de renoncement aux soins sont mises en avant par les trois Caisses et partagés par les partenaires. Ils s'accordent pour parler de « *freins dans la mise en route du partenariat* » et avancent plusieurs explications : le temps nécessaire aux partenaires pour... , des résistances en interne des organisations partenaires, mais aussi le besoin de comprendre les attentes du côté de l'Assurance maladie. Un an après, les entretiens menés à nouveau sur les trois sites rendent compte, cette fois-ci, non plus de freins dans la mise en route, mais d'« *obstacles dans le développement du partenariat* ». Les acteurs parlent d'obstacles pour signifier que les raisons qui peuvent compliquer, sinon empêcher, le partenariat sont structurelles. Ces obstacles relèvent en effet des conditions de l'activité des partenaires mais également de certains choix de l'Assurance maladie en ce qui concerne la PFIDASS et même de limites dans l'action de l'institution.

### 2.3.1. Des freins dans la mise en route du partenariat

#### a) Le temps nécessaire aux partenaires

Sur les trois Caisses, la présentation du dispositif PFIDASS par les directions des CPAM et les managers, à laquelle les conseillers sont très régulièrement associés, a fait l'objet d'un travail intense et diversifié, mêlant évènement général et temps spécifiques avec certains partenaires (séances d'information collective et stand PFIDASS sur un forum de la CPAM de la Drôme, réunions avec les référents techniques sociaux des circonscriptions du Conseil départemental du Puy-de-Dôme ou avec la Mutualité française dans les Alpes-Maritimes, etc.). Malgré ce travail de présentation aux organismes (aux directions et parfois aux équipes), ceux-ci ont besoin de temps pour intégrer l'offre de partenariat avant de devenir actifs.

---

<sup>21</sup> Revil H. et P. Warin, 2015, op. cit.

Le temps nécessaire pour être actif l'est également pour les partenaires, bien entendu différemment selon la taille de leur organisation et la nature de leur activité. Cela se voit en particulier dans la rapidité ou non à établir des conventions de partenariat (lorsque la PFIDASS fait l'objet d'un conventionnement, ce qui n'est pas le cas dans toutes les Caisses ni pour tous les partenaires d'une même Caisse). Généralement les choses vont vite avec les associations d'insertion socioprofessionnelle ou les Maisons de services au public par exemple. En revanche c'est plus long avec les collectivités locales ou les organismes complémentaires. L'attente de la signature d'une convention est souvent la raison avancée par les partenaires pour expliquer pourquoi ils tardent à s'engager concrètement, pour des raisons institutionnelles comme pratiques (aux conventions sont souvent attachées des séances de formation à la détection des situations de renoncement). Mais comme d'autres travaux l'ont montré, la signature d'une convention n'est pas non plus nécessairement synonyme de détections effectives.

#### b) Des résistances en interne des organisations partenaires

Dès les entretiens de début 2018, d'autres freins sont apparus. Les charges d'activité d'un côté et, de l'autre, une possible méfiance à l'égard de la démarche PFIDASS peuvent expliquer la difficulté de certains responsables pour activer leurs services. Cette méfiance peut concerner autant le fond (certains voyant un paradoxe entre la mise en place de ce dispositif et la fermeture d'antennes de CPAM sur les territoires) que la forme (une critique récurrente étant émise sur le dimensionnement des PFIDASS, agissant sur des milliers de situations de renoncement, mais sur des bassins de vie de plusieurs dizaines voire milliers de personnes).

Autrement dit, la PFIDASS rencontre avant tout l'inertie propre à certaines organisations, voire à certaines professions, mais il peut y avoir également des raisons plus symboliques de ne pas s'engager. Est-ce dû au poids des représentations sur les organismes de Sécurité sociale et/ou concernant le positionnement de l'Assurance maladie par rapport à la question de l'accès aux soins dans le passé ? Peut-être. En tout cas, l'engagement attendu des partenaires se heurte notamment et apparemment aux « règles autonomes » que certains agents des organisations partenaires mettent en œuvre individuellement ou collectivement pour se protéger des demandes venant de leur hiérarchie et *a fortiori* de l'extérieur<sup>22</sup>. Cela est très bien exprimé par les cadres de directions des Conseils départementaux engagés dans les PFIDASS, qui sont revenus dans les deux vagues d'entretiens sur le besoin de mobiliser sans cesse les agents et lever ces freins.

Cette question, classique en sociologie des organisations et des relations professionnelles<sup>23</sup>, ne semble pas avoir été anticipée par les directions des CPAM et les managers des PFIDASS. Ceux-ci sont davantage habitués à un fonctionnement hiérarchique vertical, qui n'est pas ou plus le modèle

---

<sup>22</sup> Cela rejoint directement notre analyse des résistances du travail social : Warin P., 2014, « L'action sur le non-recours devant les résistances du travail social », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, p. 64-77.

<sup>23</sup> Renaud J.-D., 1988, « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. 9, n° 1, p. 5-18.

dominant au sein des collectivités locales ou des CCAS par exemple. Cela montre aussi les limites d'une recherche de partenaires par capillarité et organisée en mobilisant prioritairement les agents de direction dans les structures partenaires : ce n'est pas parce que l'on se tourne vers des acteurs connus et que l'on suppose intéressés, qu'ils seront pour autant en mesure d'impliquer activement et continuellement leur organisation et la diversité des agents qui la composent. Au sein de chaque organisme partenaire, un travail d'intéressement doit également être réalisé et des relais de la démarche PFIDASS parmi les agents doivent être trouvés<sup>24</sup> ; ce qui apparemment est loin d'être partout le cas.

Ce frein indique la nécessité (bien perçue par les directions des Caisses et les managers des PFIDASS) de maintenir la dynamique partenariale, de penser des moments collectifs d'animation du partenariat mais aussi d'échanges informels, de façon notamment à épauler les partenaires dans leur travail de mobilisation en interne. Sur ce plan, les comités de pilotage des PFIDASS avec les partenaires peuvent faciliter l'animation du dispositif, à condition toutefois que leurs réunions ne soient pas trop occupées par des discours institutionnels et par les préoccupations des seules CPAM. A cet égard, signalons que les directions des Caisses et les managers des PFIDASS ont très certainement raison de contrôler les informations qu'ils se doivent d'apporter aux partenaires sur les objectifs de production fixés lors du dialogue de concertation avec la Caisse nationale mais que les partenaires attendent également, semble-t-il, des éclairages sur le positionnement général de l'Assurance maladie sur la question de l'accès aux soins et à la santé. En parallèle, le travail de relations extérieures sur le « projet PFIDASS » est absolument indispensable au niveau des managers pour éviter que le seul niveau d'échange vraiment actif soit celui, au quotidien, des conseillers PFIDASS avec leurs interlocuteurs opérationnels sur les territoires. Ainsi par exemple, des réunions d'informations interinstitutionnelles sur les territoires du Puy-de-Dôme permettent de parler de la PFIDASS à des acteurs comme Pôle emploi, mais aussi des services de PMI ou de la santé scolaire ou universitaire, dans la perspective de les associer au partenariat de la PFIDASS. C'est vrai dans les deux autres départements également.

L'animation du partenariat demande aussi que les engagements de chaque partenaire soient davantage rendus visibles. Pour l'instant, le management des PFIDASS semble plus discret sur cet aspect. Aussi des partenaires demandent-ils des restitutions, du type de celles qui peuvent être faites sur les volumes de détection, mais portant également sur leurs différentes contributions aux dispositifs PFIDASS. Leur attente est très claire : il s'agit de connaître au mieux ce que fait chacun et de pouvoir le valoriser davantage. Le but n'est pas de contrôler, ni d'ailleurs de « dire que certains font plus que d'autres », mais d'identifier et mailler au mieux, quand nécessaire et possible, les différentes interventions au-delà même de la PFIDASS. Ce besoin est flagrant lorsque des partenaires constatent « *ne pas se connaître sur le territoire, surtout lorsqu'on sort de son champ de compétences* ». Dans les

---

<sup>24</sup> La première évaluation de la PFIDASS du Gard faisait en outre le constat que le processus d'intéressement au sein des organisations partenaires était à la fois dépendant du relais que pouvaient faire, vers leurs équipes, les agents de direction et/ou d'encadrement à qui la PFIDASS avait été présentée, mais aussi du relais que pouvaient en faire, vers leurs collègues, les premiers agents « de terrain » qui s'étaient concrètement lancés dans la réalisation de détections.

Alpes-Maritimes, la dynamique enclenchée par la PFIDASS a ainsi permis la création d'outils de communication partagés : une newsletter CAF/CPAM, mais aussi des espaces dédiés aux partenaires sur le site CAF/CPAM « Côté Santé – Côté Famille », avec la mise à disposition d'un annuaire général des acteurs.

- c) Le besoin, pour les partenaires, de comprendre les attentes de l'Assurance maladie

Parallèlement, les premiers entretiens ont indiqué que le soin apporté par les managers et par les conseillers PFIDASS pour expliquer aux partenaires (responsables et agents) ce qu'est une « *détection pertinente* » a pu conduire certains d'entre eux à restreindre les saisines. Le souci de bien faire et d'apparaître compétent – probablement lié à la représentation de l'Assurance maladie comme institution de contrôle – a créé une inhibition. Les Caisses ont pu avoir à préciser avec les acteurs ce qu'est une « détection pertinente » et parfois ont dû établir une communication directe pour épauler (et rassurer) les agents partenaires autant que de besoin. Ce travail de réassurance est très important pour les partenaires et a demandé un investissement conséquent des acteurs des PFIDASS ; il explique aussi pourquoi le rôle et les pratiques des conseillers PFIDASS sont unanimement très appréciés. Lors de la seconde vague d'entretiens, une hausse des « détections pertinentes » est en l'occurrence partout remarquée, de même que des accompagnements facilités et de plus courte durée.

L'attente d'une réflexion conjointe avec les managers ou les conseillers sur la définition des cibles pertinentes au regard de leur public a pu également freiner des partenaires au départ.

### 2.3.2. Des obstacles dans le développement du partenariat

- a) Des obstacles liés à l'organisation, au fonctionnement voire aux ressources des partenaires
  - La difficulté à s'engager dans les détections ou à en faire régulièrement, malgré un intérêt pour le dispositif

Un an après, les difficultés à stabiliser les détections externes pour certains acteurs et à s'engager dedans pour d'autres conduisent à s'interroger, dans plusieurs cas, sur la réalité du partenariat, entendu ici principalement comme la réalisation de saisines par des acteurs hors Assurance maladie. Il ressort des échanges que les freins propres aux partenaires (charges de travail, moyens humains, évolutions des missions, temporalité d'action, capacité à relayer le projet en interne pour susciter l'adhésion des professionnels qui peuvent concrètement repérer des renoncements aux soins) jouent, plus fortement qu'imaginé initialement, dans leur capacité à être actifs dans la détection.

Si les limites liées aux fonctionnements et aux contraintes propres aux partenaires sont prégnantes, des résistances à participer pleinement à l'action de l'Assurance maladie persistent chez certains. Elles peuvent être liées à des doutes concernant le caractère durable de l'investissement des caisses



primaires sur le sujet du renoncement aux soins, à des incompréhensions concernant des évolutions de l'institution que les partenaires peuvent considérés comme contradictoires.

- La difficulté à contribuer à l'élargissement du partenariat

Peinant à être actifs dans les PFIDASS, une partie des partenaires a des difficultés pour inciter ses propres partenaires à rejoindre le dispositif. Cela peut limiter « l'effet boule de neige » évoqué plus tôt dans ce rapport. Certains s'étaient avancés dans l'idée d'une « *dynamique spontanée* » lors des premiers entretiens, attirant ainsi l'attention des managers PFIDASS sur la possibilité de nouveaux partenaires. Un an après, les mêmes acteurs se font beaucoup plus discrets, quand ils ne se résignent pas à renoncer à cette ambition. Ainsi par exemple, l'effet réseau qui pouvait être attendu des Maisons de services au public paraît moins à l'ordre du jour.

Il faut cependant remarquer que certains partenaires, parmi les plus importants, sont toujours prêts à jouer un rôle de relais afin de consolider la PFIDASS. Les relations nouées avec les CPAM au-delà du dispositif conduisent notamment de grands CCAS à réagir à la demande d'accroissement des détections externes. Ces acteurs locaux peuvent jouer un rôle d'appui au partenariat au travers d'instances partagées avec d'autres collectivités mais aussi avec des réseaux professionnels. Par exemple, dans les Alpes-Maritimes, le CCAS de Nice s'est vu confié une mission d'animation d'un groupe de travail sur la pauvreté, dans le cadre de la stratégie pauvreté décidée au niveau national. Il a associé à ce groupe la CPAM, partant du principe que « *la contribution du CCAS à la PFIDASS, c'est le réseau du CCAS, utile pour faire connaître la PFIDASS* ». Cette implication a permis à la CPAM d'entrer en relation avec un autre acteur présent dans le groupe de travail, à savoir le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, qui peut jouer un rôle dans la détection des renoncements aux soins (comme cela se fait dans la CPAM de la Drôme).

- Des incertitudes concernant l'implication des partenaires dans la « levée » des renoncements

Au-delà de l'implication des partenaires dans la détection du renoncement aux soins et/ou de leur capacité à faire fonctionner un « effet boule de neige », des obstacles plus structurels peuvent avoir un impact pour la suite du développement des PFIDASS, en particulier si l'objectif de l'Assurance maladie est de solliciter plus fortement certaines partenaires dans les réponses apportées aux situations de renoncement aux soins.

Une difficulté apparue lors des derniers entretiens est par exemple relative aux délais de réponse aux demandes, notamment d'aides financières, faites dans le cadre des accompagnements PFIDASS (comme dans d'autres cadres d'ailleurs). Il arrive que les aides soient attribuées alors que les devis pour les soins concernés ne sont plus valides. Dans d'autres cas, les demandes font l'objet de refus qui sont notifiés tardivement. La temporalité des réponses des partenaires peut alors freiner le déroulement de l'accompagnement PFIDASS et/ou gêner la recherche de solutions alternatives dans un délai raisonnable. Pour exemple, le délai de traitement d'une demande de prêt social d'urgence est

de 45 jours dans l'un des CCAS. Plus précisément, le délai d'ouverture d'un droit à une aide sociale facultative est, de manière générale, tributaire du traitement individualisé des demandes sur des critères propres à l'acteur, définis dans un règlement intérieur de l'aide sociale facultative (quand celui-ci existe) qui n'est pas nécessairement transmis aux conseillers PFIDASS. Dans la mesure où les aides qu'une partie des partenaires peut apporter pour contribuer à lever le renoncement sont de nature facultative et même « dérogatoire », il existe plusieurs incertitudes s'agissant de ces aides potentielles.

Comme le montre une recherche en cours de l'Odenore pour la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le traitement des dossiers pour les aides facultatives peut demander une « enquête sociale » qui nécessite du temps. Cette enquête relève en outre pour partie d'appréciations subjectives sur le « mérite » des personnes ou des familles, leur « capacité à se projeter », qui peuvent emporter davantage les décisions que les éléments sur la situation objective des demandeurs. C'est dire que les partenaires, en plus d'être tenus à des règlements (tout comme le sont d'ailleurs les CPAM pour l'attribution de leurs propres aides financières facultatives), sont « souverains ». Ce qui est vrai pour les CCAS l'est également pour les Conseils départementaux, qui revoient fréquemment et en interne leurs règlements pour une application stricte du principe de subsidiarité. Enfin, certains acteurs, comme les Caisses de retraite complémentaire arguent de l'homogénéisation en cours de leurs pratiques avant d'ouvrir leurs fonds à la PFIDASS.

L'action partenariale pour « traiter » le renoncement aux soins se confronte ainsi à des divergences de temporalités, mais également aux règles, décisions, modes de faire, propres aux partenaires. Agir ensemble pour améliorer l'accès aux soins et à la santé demande de prendre en compte des considérations relatives aux partenaires sur lesquelles les CPAM n'ont pas de prise directe, ni d'ailleurs nécessairement de visibilité, et/ou de trouver des moyens avec les partenaires pour « faire au mieux » avec ce qui est propre à chacun, d'un point de vue de l'organisation et du fonctionnement. Une autre difficulté est relative aux budgets d'aide sociale en matière de santé et renvoie aux limites des ressources financières des partenaires ou en tout cas de certains d'entre eux plus particulièrement (les collectivités locales et les CCAS davantage que les organismes complémentaires).

Une partie des obstacles pouvant gêner le déploiement des PFIDASS relèvent ainsi des conditions de l'activité des partenaires ; d'autres découlent de choix de l'Assurance maladie en ce qui concerne les plateformes et même de limites dans l'action de l'institution.

b) Des obstacles liés à des choix et/ou à des obligations de l'Assurance maladie

- Respect des choix des assurés et autonomisation

Plusieurs représentants de mutuelles rencontrés dans le cadre de cette étude expliquent leur souhait de voir dissocier leur contribution en tant qu'organisme complémentaire et leur responsabilité d'offres de soins. En clair, ils sont prêts à servir plus loin les PFIDASS si celles-ci constituent une « filière » pour les centres de santé mutualistes, autrement dit si les plateformes aiguillent les assurés

vers ceux-ci. Bien entendu, les Caisses ne peuvent pas induire un « biais de concurrence » entre offreurs de soins ; les conseillers PFIDASS orientent toutefois les assurés plus ou moins explicitement vers certaines offres (comme d'ailleurs vers certains contrats complémentaires) et viennent « éclairer » leurs choix. Mais officiellement, à la question d'organiser des « filières », la réponse des CPAM est sans ambages. Comme entendu lors d'un échange assez vif dans l'une des Caisses : « *La PFIDASS est conçue pour être une offre de choix. Le choix doit rester à l'assuré pour que la PFIDASS favorise son autonomie.* » La revendication de « l'autonomie des assurés » et du nécessaire respect de leurs choix par les conseillers PFIDASS est pour partie une manière de contourner un sujet épineux relatif au rôle et aux obligations de l'Assurance maladie obligatoire dans l'orientation des assurés vers certaines offres et/ou protections et qui fait débat au plus haut niveau.

En l'occurrence, cette limite à laquelle l'Assurance maladie est tenue, d'un point de vue institutionnel et légal, peut être désincitative pour ces acteurs. Aussi certains représentants du secteur mutualiste n'hésitent-ils pas à rappeler que les professionnels de santé libéraux sont peu présents dans les PFIDASS alors que les mutuelles s'investissent, certes à des degrés divers selon les territoires, et plus globalement « complètent » de longue date l'offre de l'Assurance maladie. Aussi, pourra-t-il être intéressant pour la suite d'observer l'évolution, dans l'un des départements de notre échantillon, de la convention passée entre la CPAM et la Mutualité française. Jusqu'où une voie médiane pourrait-elle être recherchée et trouvée ? On est là en plein dans la négociation d'intérêts croisés qui emporte des considérations au local, mais également à l'échelle nationale.

#### - Les objectifs de production de la PFIDASS

Lors de la seconde vague d'entretiens avec les directions des Caisses et les managers des PFIDASS, la question des objectifs de production a été largement au centre des discussions. La généralisation du dispositif, les engagements pris dans la COG, conduisent à rechercher un accroissement d'année en année du volume des détections afin de tenter d'augmenter *in fine* le volume de situations aboutissant à la réalisation des soins (ce volume devant passer par exemple dans l'une des Caisses de 900 accompagnements aboutis en 2019 à 2 500 en 2020). Les niveaux à atteindre ont été décidés lors de dialogues de concertation entre les Caisses primaires et la Caisse nationale. Selon les directions, la progression doit se faire avec un apport de moyens assez faible, ce qui fait que les Caisses ont besoin de penser des solutions en interne, au niveau de l'organisation du travail, pour accroître le volume des détections et des accompagnements. Début 2019, les expériences de temps de travail d'agents d'accueil consacrés à la PFIDASS sont notamment en cours dans les Alpes-Maritimes, comme dans d'autres Caisses. Il s'agit aussi de diversifier les modalités de détection des renoncements aux soins, par exemple lors des « Rendez-vous des droits » mis en œuvre par la branche Famille ou par le biais d'expérimentations comme les accueils coordonnés avec les Caisses d'allocations familiales.

En même temps, les Caisses attendent un accroissement significatif des détections externes, c'est-à-dire effectuées par les partenaires. La conséquence, remarquée surtout dans deux des trois départements, est que les Caisses sont obligées de « *faire vivre les conventions* », c'est-à-dire en clair

de demander aux partenaires d'être plus actifs qu'ils ne le sont et de rechercher avec ou sans eux tous les financements possibles. Les Caisses ont besoin de « *partenaires de détection et de partenaires ressources* ». Leur marge de manœuvre est cependant étroite. Les objectifs de production fixés par l'Assurance maladie sont l'affaire des CPAM, pas celle des partenaires. Lors des seconds entretiens, sur les trois territoires, ceux-ci sans exception sont catégoriques : en aucun cas ils ne peuvent être soumis à des objectifs chiffrés d'activité et de résultat. Les Caisses sont donc dépendantes des partenaires pour réaliser ces objectifs.

Aussi, est-il permis de douter des propos forts, entendus dans une Caisse, où il était question de mettre fin unilatéralement à une convention si le partenaire n'est pas actif. Ceci peut être vrai avec certains partenaires, mais probablement pas avec ceux qui peuvent produire le plus grand volume de détections et d'accompagnements, et qui souvent peuvent drainer des ressources financières. De plus, les partenaires qui ont moins de capacité à contribuer à l'efficacité de la PFIDASS sont souvent des acteurs plus proches de personnes en difficulté. Les directions des Caisses et les managers des PFIDASS ont conscience de la nécessité de préserver un partenariat avec eux également. Du fait de certaines évolutions, comme le « reste à charge zéro », les situations à traiter seront de plus en plus « *des vrais renoncements* », c'est-à-dire des situations complexes pour lesquelles les outils à disposition de l'Assurance maladie seront moins « activables » et dont le traitement demandera l'intervention en proximité de ces partenaires.

Aussi, quel que soit le partenaire, les Caisses n'ont pas d'autre solution que d'être incitatives pour « *expliquer et faire comprendre que le projet de baisse du renoncement est commun à tous* ». Pour y parvenir, les Caisses renforcent (ou tentent de renforcer) la fonction « *Développement du partenariat* » des PFIDASS. Cela est probablement nécessaire mais pour convaincre, les managers disposent-ils des meilleurs arguments ? Les entretiens montrent en particulier qu'ils ne disposent d'aucune donnée sur les transferts de charge que le renoncement aux soins peut générer pour les partenaires. Cet argument est pourtant principal pour convaincre des acteurs de l'intérêt de s'engager dans la PFIDASS. Il a été démontré que la mobilisation des CCAS et CIAS dans des actions contre le non-recours était fortement motivée par le constat des transferts de charges « secs » (sans récupération financière) qu'ils subissent du fait de non ouverture ou de non renouvellement de droits à des prestations sociales légales<sup>25</sup>. En développant des données dans ce sens, les CPAM pourraient inciter d'autant plus facilement les acteurs à signaler du non-recours aux droits et des renoncements à des soins que ces situations coûtent quand les personnes, nombreuses, se tournent alors vers leurs aides.

Cette série d'observations amène un autre sujet, qui peut être également d'inquiétude pour les Caisses. Les partenaires justifient leur position d'indépendance aussi à partir de leur attachement aux « *circuits-courts* » de communication et de traitement des demandes d'ouverture et de renouvellement de droits, qu'ils ont pu établir avec les CPAM souvent indépendamment de la PFIDASS.

---

<sup>25</sup> Warin P. (dir.), 2016, « L'action, au local, sur le non-recours. Radioscopie des initiatives des collectivités locales », Rapport de recherche pour le ministère des Affaires sociales/DGCS, Odenore, Université Grenoble Alpes.

Ils citent ainsi d'autres initiatives de l'Assurance maladie, en particulier la « Ligne urgence précarité » (LUP) dont certains paraissent avoir un usage prioritaire. Dit autrement, la PFIDASS est pour eux un dispositif d'intervention parmi d'autres. Les partenaires peuvent en outre peiner à différencier les finalités des deux dispositifs et à savoir à quel moment il faut plutôt saisir l'un plutôt que l'autre. D'autant qu'il arrive que LUP et PFIDASS fassent partie d'une même entité voire que les fonctions de conseiller PFIDASS et d'agent LUP soient assurées par les mêmes agents. De cette façon, ils revendiquent en premier un statut de partenaire de la CPAM et non de la PFIDASS en particulier, malgré les avantages qu'elle peut représenter. Pour cette raison également, les partenaires ne se sentent pas tenus de contribuer aux objectifs de production fixés aux Caisses (pas plus à ceux de la PFIDASS que d'autres dispositifs d'ailleurs).

Ces constats récurrents sur les trois sites posent une question principale pour une potentielle évaluation générale des dispositifs PFIDASS, qui est celle du périmètre des échanges avec les partenaires par rapport auquel il est pertinent de mesurer l'efficacité du partenariat (soit la question : les effets observables sur les bénéficiaires finaux sont-ils conformes aux objectifs attendus du partenariat ?). Il s'agit notamment de décider si l'évaluation de l'activité et des effets du partenariat de la PFIDASS doit ou non tenir compte des échanges qui sont « en lisière » du dispositif. En l'espèce, des indicateurs d'activité relatifs à la détection opérée strictement dans le cadre de la PFIDASS ne reflètent pas toutes les interactions produites entre conseillers, managers des plateformes et partenaires locaux.

Ces enjeux « évaluatifs » sont bien perçus par des acteurs partenaires des PFIDASS, comme nous avons pu le voir dans un entretien collectif où un représentant d'un CCAS avançait que « *tout ne se résume pas à la détection* ». Echappe en particulier, pour le moment, une partie de ce qui se fait en partenariat « aux abords » de la PFIDASS pour aider les personnes à accéder durablement aux soins. OGEPLANIR permet de valoriser partiellement ce qui a trait à l'implication des partenaires dans les accompagnements mais aussi le fait qu'une saisine de la PFIDASS ait pu, pour certaines situations, enclencher non pas un accompagnement mais d'autres types de coopérations entre CPAM et partenaires. On peut par exemple citer le cas de partenaires (services sociaux notamment) qui cherchent, en relation avec les conseillers PFIDASS mais sans nécessairement une contribution financière des Caisses, à agir en priorité sur d'autres besoins (par des aides au logement, à l'énergie...) de façon à redonner à la personne et/ou la famille une marge de manœuvre financière pour se soigner. Parallèlement, la manière de trouver des réponses rapides aux situations, développée à côté de la PFIDASS, peut engendrer des résultats « directs » en termes d'accès aux soins et à la santé ; peut-être même en termes de gains de productivité pour la PFIDASS. Sur ce point, des études en cours sont intéressantes, comme celle menée par l'Odenore et la CPAM de l'Isère, avec l'implication de plusieurs acteurs locaux (Union départementale des CCAS, services sociaux du Conseil départemental et de la CAF, associations)<sup>26</sup>. Elle vise à identifier les aides sociales demandées par les personnes et obtenues

---

<sup>26</sup> Odenore, 2018, « Estimation des dépenses d'aides sociales induites par le non-recours aux droits et le renoncement aux soins », Etude menée avec la Caisse primaire d'Assurance maladie de l'Isère, en cours.

pour compenser des conséquences sociales, familiales et/ou professionnelles du renoncement aux soins<sup>27</sup>. Cette étude permettra en outre de comparer les aides proposées dans le cadre des accompagnements PFIDASS par les conseillers et celles directement demandées et obtenues, par ailleurs (et plus spécifiquement en amont du passage par les PFIDASS) par les personnes. Elle contribuera ainsi à resituer la part, la place mais aussi, en creux, la plus-value de l'action de la PFIDASS à une échelle plus large d'interventions au niveau d'un territoire.

- La population potentiellement bénéficiaire des PFIDASS

Les partenaires peuvent d'autant moins se sentir concernés par les objectifs de production de la PFIDASS que, théoriquement, la population qui peut bénéficier des PFIDASS - l'ensemble des assurés sociaux du régime général - ne correspond pas directement ou peu à leurs publics cibles et/ou à ce qu'ils imaginent être « la cible » des plateformes. Nous avons perçu cette difficulté dès la toute première évaluation de la PFIDASS du Gard ; les services sociaux du Conseil départemental et de la CARSAT faisaient en effet état de leur intérêt pour la PFIDASS pour les relayer dans l'intervention auprès de certaines de leurs populations - en particulier les personnes âgées qui sont une cible prioritaire dans leurs actions<sup>28</sup> -, mais en parallèle de leur difficulté à percevoir comment coupler leur « stratégie populationnelle » (telle que présente dans les documents qui cadrent et structurent leur action) à l'approche généraliste des CPAM via les PFIDASS.

Cette difficulté réapparaît ici. Dans les Alpes-Maritimes en particulier, CCAS et acteurs associatifs insistent au regard des situations qu'ils ont à traiter sur la nécessité, pour qu'ils puissent participer plus activement aux PFIDASS, de tenir compte d'autres populations que celles initialement ciblées par les PFIDASS. Ils pensent en particulier aux personnes handicapées mais surtout à celles en situation de grande précarité voire d'exclusion, qui « ne tiennent » que grâce aux dispositifs de l'urgence sociale : personnes à la rue, « jeunes ou vieux » isolés et sans moyen, migrants et réfugiés, sortants de prison<sup>29</sup>... Ces partenaires soulignent également l'intérêt que pourraient avoir les PFIDASS à se porter dans les lieux qui accueillent des populations en situation de grande précarité : Accueils de jour, Centres d'Hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)... Leurs propositions de « *PFIDASS sortante* » ou « *mobile* » ne sont d'ailleurs pas forcément entendues ; toutefois lors d'entretiens collectifs dans la Drôme on découvre que les conseillers PFIDASS se déplacent dans des Centres médicosociaux et trouvent des relais auprès d'assistants de service social de la CARSAT pour récupérer des pièces justificatives directement au domicile d'assurés sociaux. Le lien entre les PFIDASS et les services sociaux

---

<sup>27</sup> Ces conséquences du renoncement aux soins ont notamment été mises en lumière au travers du BRS ainsi que des enquêtes qualitatives menées auprès de bénéficiaires des PFIDASS.

<sup>28</sup> Revil H., Gadjos T., & Warin P., 2016, « La Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins », Etude pour la Caisse primaire d'Assurance maladie du Gard, Odenore, Université Grenoble Alpes.

<sup>29</sup> On peut noter que certaines Caisses s'interrogent en retour sur la manière dont elles pourraient, au travers des PFIDASS notamment, « mieux se positionner et répondre » à des situations relevant de l'urgence sociale, mais aussi sur leur capacité réelle à répondre à des situations auxquels les agents des CPAM ne sont pas toujours préparés.

externes peut ainsi être facilité par l'implication du service social de l'Assurance maladie qui joue alors un rôle d'interface. Des pratiques comparables qui dénotent d'une « forme de mobilité » de certaines PFIDASS ont lieu également dans le Puy-de-Dôme où les conseillers PFIDASS se déplacent dans des mairies et des Maisons de services au public sur les territoires ruraux ou semi-urbains.

Sur le fond, ces partenaires (dont les stratégies d'intervention relèvent principalement d'un ciblage populationnel et/ou territorial) adressent aux CPAM le besoin de tenir compte aussi de l'accès aux soins et à la santé « des plus vulnérables », « *de faire plus faire plus avec ceux qui ont le plus de besoins* », et de croiser ainsi encore davantage leurs intérêts d'acteurs sociaux (intérêts relatifs en particulier aux types de populations rencontrées par les uns et les autres). L'approche de l'Assurance maladie au travers des PFIDASS se présente comme universaliste (et est perçue par la plupart des partenaires comme « pouvant l'être ») en s'adressant potentiellement à l'ensemble des assurés sociaux du régime général (92% de la population totale). Cela est salué. En tant qu'organisme de protection sociale assurantiel « de droit commun », l'Assurance maladie peut en l'occurrence se prévaloir de s'occuper d'une population qui rencontre de sérieux obstacles pour se soigner mais qui n'est pas nécessairement en situation de grande précarité ou d'exclusion. C'était d'ailleurs l'une des ambitions initiales de la PFIDASS que d'intervenir auprès de ces personnes « sur le fil » - en particulier du point de vue financier - que le BRS avait participé à rendre visibles. Les résultats des premiers travaux visant à capter les effets des PFIDASS pour leurs bénéficiaires montrent d'ailleurs que leur action se concentre actuellement effectivement plutôt sur « les inaudibles », c'est-à-dire sur une population qui connaît des difficultés mais qui pour autant reste généralement à l'écart de l'assistance (pour différentes raisons). Personne parmi les partenaires n'en disconvient d'ailleurs.

En revanche, certains des partenaires locaux des PFIDASS qui souhaiteraient qu'elles aillent plus loin se réfèrent pour une partie d'entre eux à une autre logique : celle de « l'urgence sociale » et des réponses à apporter aux grands précaires. L'évaluation de l'expérimentation PFIDASS dans 21 caisses signalait que l'élargissement souhaité du partenariat amènerait vers les plateformes des détections de nature différente et des « renonçants » présentant des situations sensiblement différentes de celles découlant des détections internes à l'Assurance maladie<sup>30</sup>. Les entretiens réalisés avec des acteurs des PFIDASS montraient d'ailleurs qu'ils étaient conscients de cela mais que certains doutaient, voire s'inquiétaient, de la capacité des plateformes à répondre à ces situations et s'interrogeaient sur les modalités d'accompagnement à imaginer pour ce faire. Dans les entretiens réalisés pour la présente étude, des partenaires font remarquer, en écho à cela, que la PFIDASS n'a pas été conçue pour aller sur le terrain de l'urgence sociale. Pour cette raison, ces partenaires, qui sont aussi des acteurs positionnés à l'échelle nationale, pourraient décider de restreindre ou de ne pas accentuer leur engagement aux côtés des CPAM, sans pour autant boycotter complètement la PFIDASS du fait de ses avantages reconnus. Aussi, les managers des PFIDASS ont bien conscience du caractère nécessairement stratégique et politique des échanges entre l'Assurance maladie et son réseau et de la nécessité que les relations de cette nature (relatives aux PFIDASS mais pas uniquement) se

---

<sup>30</sup> Revil H. (dir.), 2017, op. cit.

développent, se précisent et/ou se renforcent à tous les niveaux, localement, régionalement et nationalement. Les échanges existent d'ailleurs à l'échelle nationale pour tenter de faciliter les partenariats au local en déterminant plus clairement des « lignes directrices » générales d'action communes.

- Le design de l'offre de services de la PFIDASS

Le choix initial de cibles directement opérationnelles pour l'Assurance maladie partant de la population des assurés sociaux du régime général et la volonté d'intervenir massivement sur le phénomène du renoncement aux soins ont produit une offre de services qui, originellement, ne tient pas compte de la nécessité d'une intervention différente pour les personnes en situation de grande précarité. C'est désormais un obstacle important pour associer activement et durablement un certain nombre d'acteurs des territoires et pour élargir le partenariat de la PFIDASS. Pourtant, il ressort des entretiens – sur un sinon deux territoires – que les Caisses pourraient continuer à élargir sous certaines conditions la cible des PFIDASS et « l'ouvrir » aux populations les plus vulnérables. Si une telle évolution prenait forme, alors le « design objectifs/moyens » de l'offre de services de la PFIDASS pourrait se trouver modifié et une partie des accompagnements pourrait prendre des formes assez fondamentalement différentes (en particulier s'agissant de la place donnée à des partenaires dans les accompagnements ou des « offres complémentaires » à apporter au service rendu par les PFIDASS). Dans quelques Caisses<sup>31</sup> d'ailleurs où les détections internes à l'Assurance maladie ont généré des saisines relevant de l'urgence sociale (la population des assurés sociaux présente des caractéristiques somme toute très différentes d'un territoire à l'autre), des réflexions existent déjà sur la manière d'apporter des réponses concrètes sur ce point.

De manière plus générale, pour garantir l'acceptabilité de son offre de services (si tel est d'ailleurs l'objectif de l'Assurance maladie) pour les populations les plus vulnérables et les acteurs qui interviennent quotidiennement auprès d'elles, le dispositif de la PFIDASS aura vraisemblablement à s'adapter. Les difficultés, pour partie spécifiques, de ces populations sont connues grâce aux acteurs qui interviennent au plus près d'elles : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; les équipes mobiles pour l'accompagnement médico-social ; les équipes mobiles de soins qui interviennent auprès de personnes à la rue ; les équipes de liaison psychiatrie/précarité qui sont l'interface entre les structures de l'urgence sociale et les unités hospitalières de psychiatrie ; les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) qui favorisent la continuité des parcours de soins...

Ces acteurs travaillent en relation entre eux et avec des structures de l'urgence sociale qui accueillent et accompagnent des personnes ou des familles en situation de très grande précarité, comme les Centres d'hébergement et de réinsertion sociales (CHRS) ou les Centres d'accueil et d'orientation (CAO) qui aident les demandeurs d'asile, etc. Sur les territoires où l'enquête de terrain a eu lieu, ce

---

<sup>31</sup> Nous pensons notamment à des caisses où des travaux de terrain ont été réalisés pour un autre axe de l'accompagnement scientifique.



type d'acteurs est absent de la PFIDASS, en revanche les centres médicosociaux des Départements ou les CCAS qui sont représentés et actifs attirent déjà l'attention sur ces problématiques et sur l'intérêt de ces « lieux permettant de capter un public très éloigné ». Face à de véritables abandons perçus comme liés à la dégradation des conditions de vie et de la santé psychique des personnes, le constat principal martelé par ces réseaux d'acteurs est que l'accès aux soins et à la santé demande de mettre en œuvre les outils d'une « clinique bio-psycho-sociale » afin de faire ré-émerger les individus à eux-mêmes et à leur environnement. C'est très exactement le constat rappelé récemment par Médecins du Monde<sup>32</sup> : une clinique bio-psycho-sociale n'appelle pas simplement la réalisation de soins à un instant T, mais la mise en place d'une intervention médico-psycho-sociale du temps long, nécessairement partenariale.

Aujourd'hui, les PFIDASS sont configurées dans le but de procéder à une détection en masse, pour une réalisation, dans des délais resserrés, des soins manquants et de la façon la plus complète pour (re)mettre durablement les personnes dans des parcours de soins optimaux. Cette action repose sur un design objectifs/moyens mobilisant prioritairement la boîte à outils et les ressources de l'Assurance maladie qui n'est pas conçu, globalement, pour intégrer les conditions d'une intervention adaptée à l'état de santé physique et psychique, et aux besoins et capacités des personnes les plus vulnérables<sup>33</sup>. La PFIDASS, comme il a été rappelé, vise pourtant à renforcer l'autonomie des personnes dans leurs démarches en matière de soins et de santé, et peut-être même au-delà. Il est donc possible que des intérêts puissent se croiser et favoriser à la fois l'élargissement de la cible de la PFIDASS et l'évolution du design de l'offre de services.

Les résultats d'une enquête récente pilotée en partie par un chercheur de l'Odenore<sup>34</sup> montre que la PFIDASS peut s'ouvrir à une coopération avec le secteur de l'accueil et de l'insertion sociale qui accompagne les plus précaires. Les partenariats constitués avec des acteurs de la santé permettent en effet aux professionnels des structures de l'accueil et de l'insertion sociale de : consolider leurs connaissances sur les problématiques psychiques ou psychiatriques et ainsi d'être mieux en mesure

---

<sup>32</sup> Bouffard P., 2018, « Soigner les personnes à la rue », *Esprit*, n° 443, p. 21-24.

<sup>33</sup> Ce qui questionnent, voire heurtent, fortement les professionnels de terrain des PFIDASS lorsque des saisines les confrontent à des situations d'urgence sociale.

<sup>34</sup> Cette enquête intitulée « Renoncement aux soins des personnes en grande précarité / Accès aux soins et à la santé dans des structures d'accueil et d'insertion sociale » a été réalisée en 2016-2018 par des étudiants en sociologie de l'université de Lille 3, puis par des élèves de l'École santé social du sud-est de Lyon et Valence. Elle a été lancée par une CPAM des Hauts-de-France pour prolonger les réflexions menées dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013 et du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Soutenue par la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion Sociale de cette région puis par celle d'Auvergne Rhône-Alpes, l'enquête a été menée sur plusieurs territoires au sein de différentes structures de l'urgence sociale. Elle avait le double objectif de caractériser les particularités du renoncement aux soins des personnes en grande précarité et de comprendre les initiatives des structures d'accueil et d'insertion sociale pour favoriser l'accès aux soins et à la santé des publics qu'elles accompagnent. Son but opérationnel était de mieux situer les possibilités d'un partenariat avec des acteurs avec lesquels les CPAM ne collaborent généralement pas. L'enquête a reposé sur des observations participantes et des entretiens individuels et collectifs auprès de personnes accompagnées et de professionnels du social et de la santé et leurs partenaires de différentes structures de soins de santé (PASS, équipes mobiles de soins, équipes de liaison psychiatrie/précarité, ...).

de signaler des situations complexes aux conseillers PFIDASS ; de mobiliser des réseaux de professionnels de santé prêts à prendre en charge les parcours de soins coordonnés des personnes en situation de grande précarité, *a fortiori* quand ils parlent des langues étrangères... En même temps selon cette autre enquête, ces acteurs voient l'avantage d'un partenariat avec l'Assurance maladie qui viendrait renforcer leur rôle de référent social. Ils pourraient ainsi mieux accompagner les personnes non seulement vers leurs droits mais aussi vers les soins dès lors qu'ils pourraient signifier à d'autres professionnels que leur intervention s'ancre dans une démarche portée par la CPAM. Intégrer le dispositif leur permettrait aussi de faciliter la recherche de solutions administratives pour ouvrir ou renouveler des droits.

Pour autant, encore faut-il pouvoir rapprocher des acteurs aux logiques d'action différentes. Se pose alors la question de l'autorité de régulation qui pourrait être en position et en capacité de coordonner durablement des acteurs qui tous agissent pour l'accès aux soins et à la santé, certes de manière plus ou moins structurée, et surtout en ciblant des populations et/ou des zones territoriales différentes<sup>35</sup>. L'Assurance maladie via les CPAM n'a pas ce pouvoir de régulation au niveau des territoires. C'est plutôt celui dévolu aux Agences régionales de santé (ARS). Ce constat ouvre une dernière série d'observations sur les obstacles pour les PFIDASS liés aux limites de l'action (et du rôle) des Caisses primaires. Ces obstacles également structurels ont une dimension politique certaine puisqu'ils renvoient *in fine* à des décisions gouvernementales.

- c) Des obstacles liés aux limites d'action des CPAM et à leur rôle au niveau territorial
  - La nécessité d'une régulation au niveau des territoires

L'ouverture des PFIDASS aux populations en situation de très grande précarité est une question majeure, qui s'encastre en l'occurrence dans des enjeux de différentes natures et à plusieurs échelles pour l'Assurance maladie. Les échanges qui ont eu lieu entre les CPAM et leurs partenaires au travers de la présente étude montrent qu'une telle décision relève de choix qui probablement ne dépendent pas uniquement des seules prérogatives de la Caisse nationale d'Assurance maladie, ni *a fortiori* de celles des Caisses locales. En l'espèce, la question de l'élargissement de la cible des PFIDASS peut se révéler plus complexe encore si elle concerne plusieurs politiques à la fois, de santé publique, de lutte contre les exclusions, mais aussi migratoire. C'est sur cette imbrication des différents enjeux que certains partenaires interpellent, à laquelle par exemple le service urgence sociale d'un CCAS est confronté avec un public diversifié dont une partie est extra européen, soumis à législation particulière, et connaissant souvent des problématiques d'addiction.

---

<sup>35</sup> Cette question de l'autorité régulatrice, au niveau territorial, de l'action publique visant à limiter le non-recours aux droits et aux soins avait notamment été abordée dans le rapport : Meunier M. (dir.), 2016, « Evaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale », Rapport pour le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, Pluricité, Odenore, Vizget.

Les Agences régionales de santé (ARS) créées par la loi HPST seraient théoriquement autorisées à inciter l'élargissement/enrichissement de la cible des PFIDASS, comme le prévoit les textes au nom de l'amélioration de l'efficacité du système de santé et du renforcement de son ancrage territorial, en l'adaptant aux besoins et aux spécificités de chaque territoire. L'absence des ARS lors des entretiens (sauf lors du second entretien collectif dans les Alpes-Maritimes où elle était représentée mais ne s'est pas exprimée) et surtout au cours des échanges entre les acteurs interroge d'autant plus que les agences ont pour mission de mener, conjointement avec les CPAM, une politique de gestion du risque. Pour autant, les relations des ARS et des caisses sur cette question de la gestion du risque sont globalement complexes et ce, depuis la mise en place des agences. Sur les territoires enquêtés, des partenaires témoignent ainsi que les acteurs de dispositifs soutenus par l'ARS (par exemple des « Ateliers Santé-Ville ») ne connaissent pas la PFIDASS. Au-delà, les partenaires les plus avertis des fonctionnements institutionnels craignent, pour cette raison aussi, que la PFIDASS soit une « *initiative en plus* ». Aussi, en l'absence d'une coordination générale et d'une articulation aussi sur le plan stratégique des PFIDASS avec les autres initiatives territoriales concourant à améliorer l'accès aux soins et à la santé, il peut y avoir un risque pour les plateformes de ne pas trouver le plein engagement des partenaires susceptibles de produire les effets levier les plus importants.

Concernant l'action des ARS, la question des moyens est bien entendu centrale et tout aussi difficile que celle de la complexité du système de santé. Pour autant, nous avons relevé au cours des entretiens qu'il n'avait pas échappé aux directions des CPAM que la PFIDASS pourrait être facilitée dans la consolidation de son partenariat et de son action en relation avec d'autres dispositifs si une stratégie globale était mise en place. Ce qui relève ici du sentiment ou de la conviction, ne paraît pas impossible pour certains experts<sup>36</sup>. De leur point de vue, il serait louable de s'inspirer notamment des systèmes qui arrivent à améliorer en continu la qualité des actions en faveur de la santé, des soins et des organisations, pour fixer aux ARS les trois objectifs stratégiques organisationnels et économiques des systèmes de santé et d'assurance maladie appelés « *Triple Aim* » (améliorer l'état de santé de leurs populations, accroître la qualité de leurs soins et donc obtenir de meilleurs taux de guérison, le tout à un coût supportable). La Fédération hospitalière de France a par exemple intégré ce modèle de gouvernance dans sa plateforme de propositions pour 2017-2022.

La question de la gouvernance de l'accès aux soins et à la santé concerne d'une façon globale le pilotage des politiques sociales et de santé. Elle renvoie notamment à la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Parmi les 21 mesures de ce plan, la 20<sup>ème</sup> annonce un « pacte social Etat/collectivités pour piloter la stratégie à partir des territoires ». Si la mesure se réalise, elle intéressera *de facto* le partenariat nécessaire à la PFIDASS.

---

<sup>36</sup> Bréchat P.-H., & Lopez A., 2017, « Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation », *Les Tribunes de la santé*, vol. 55, n° 2, p. 75-87.

- Le besoin de poursuivre l'adaptation du système de santé

Une partie des partenaires (CCAS, mutuelles, certaines associations) dit en l'occurrence s'investir de manière limitée dans les PFIDASS parce que le dispositif ne touche pas aux « curseurs » généraux de l'égalité d'accès aux soins (les plateformes n'ont pas de fonction de redistribution). Pour un directeur d'une mutuelle, les PFIDASS permettent clairement d'aider l'accès aux soins des bénéficiaires mais, de son point de vue, « *l'enjeu de fond est de réussir à baisser globalement le renoncement dans une économie de la santé marchande* ». Hormis une redistribution horizontale à partir de certains fonds sociaux (signalée plus haut), le dispositif est, forcément, neutre du point de vue de l'égalité verticale<sup>37</sup>. Surtout – cela est explicité lors des entretiens –, la PFIDASS est sans effet structurel (ni intention sur ce point) vis-à-vis des choix (et des non-choix) publics qui creusent les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certains partenaires font ainsi part de leurs interrogations sur la pertinence de leur participation à un dispositif qui, comme d'autres, ne peut lever structurellement les barrières dans l'accès aux soins et à la santé<sup>38</sup> ; leurs questionnements sont plus globalement relatifs aux nécessaires évolutions du système de santé pour modifier les choses en profondeur et aux capacités de négociation et/ou d'action de l'Assurance maladie en la matière :

- « Barrières financières » - généralisation du tiers-payant, contrôle du forfait hospitalier, négociations relatives aux tarifs des consultations et aux remboursements...
- « Barrières organisationnelles » - répartition géographique des professionnels de santé, développement du nombre de places de lits ou d'appartements thérapeutiques par des personnes en situation de précarité touchées par une pathologie chronique invalidante, articulation entre la médecine de ville et l'hôpital pour la continuité des parcours de soins, couverture territoriale des Permanences d'accès aux soins (notamment des PASS dentaires, psychiatriques, ophtalmologiques, pédiatriques, des PASS mobiles, mais aussi des PASS ambulatoires ou de ville)...
- « Barrières culturelles » - manque de budgets d'interprétariat à destination des professionnels, des acteurs associatifs et des structures de soins prenant par exemple en charge des migrants allophones ...

Les partenaires des PFIDASS reconnaissent qu'elles sont une avancée sanitaire et sociale certaine et qu'elles traduisent une évolution nette de l'Assurance maladie, mais que les changements doivent se

---

<sup>37</sup> Faut-il le rappeler, le modèle français de Sécurité sociale n'intervient pas dans la redistribution verticale des revenus, qui est par ailleurs très limitée puisque le seul instrument socio-fiscal est l'impôt sur le revenu.

<sup>38</sup> Dans de précédentes évaluations, certains partenaires avaient pu parler des PFIDASS comme « un palliatif » au local, en l'absence de réformes structurelles pouvant améliorer directement l'accès financier et/ou géographiques aux soins et/ou y contribuer, indirectement, par des réformes relatives notamment au pouvoir d'achat.

poursuivre à différentes échelles pour améliorer de manière durable l'organisation socioéconomique du système de santé afin de renforcer structurellement l'accès aux soins et à la santé. Pour ces partenaires locaux, organisés au plan national comme acteurs des politiques sociales et de santé, les PFIDASS constituent donc une pièce importante d'une « politique de compensation » destinée à aider une population générale qui renonce à se soigner mais ne doivent pas faire oublier le nécessaire ajustement structurel du système de santé. L'interrogation qui demeure est ainsi relative à la capacité de cette politique, qui vient « traiter » ou « pallier » une partie des difficultés d'accès et de maintien dans les soins, à s'inscrire dans des dynamiques d'action territoriales et, plus globalement, dans un mouvement d'adaptation du système de santé qui permettrait de non seulement traiter les difficultés mais également les prévenir.

## Conclusion

Cette étude de l'inscription territoriale des PFIDASS, réalisée rappelons-le entre fin 2017 et début 2019, donne en premier lieu des indications concernant la manière dont s'est initialement construit le partenariat des plateformes ; au sein des caisses enquêtées, on peut noter :

- Une concentration initiale sur les enjeux internes des plateformes ;
- Des temporalités différenciées d'ouverture au partenariat externe ;
- Une présence non systématique de ressources humaines dédiées au développement de ce partenariat ;
- Une construction plus « pragmatique » et par « capillarité » que basée, initialement, sur une stratégie territoriale et/ou populationnelle ;

En second lieu, l'étude permet de dire qu'au moment où nous avons finalisé l'enquête de terrain la dynamique partenariale est enclenchée partout. Si des « régularités » existent s'agissant de la nature des partenaires des plateformes (cf. schéma p. 10), le profil de ces derniers varie également selon les systèmes locaux d'action publique et l'histoire des relations entre l'Assurance maladie et certains acteurs.

On peut aussi signaler la grande diversité dans les degrés d'engagement des partenaires : seule une partie est réellement active dans la détection. Quelques-uns s'impliquent en l'occurrence dans le repérage des situations de renoncement et apportent également une contribution dans les accompagnements. Partout, on observe des « trous dans la raquette » sur le plan territorial, les détecteurs étant concentrés sur certaines parties des territoires.

S'agissant de la nature des partenaires, deux points de questionnement sont ressortis dans les trois caisses enquêtées :

- La faible implication des professionnels de santé (externes à l'Assurance maladie) dans les PFIDASS (cf. encadré p. 10) ;
- Le fait que les échanges entre les CPAM et les ARS au sujet des plateformes soient peu nombreux ;

Troisièmement, cette étude montre l'intérêt du dispositif pour les acteurs des territoires. Il est suffisamment fort et varié pour que chacun, à partir de ses activités et de ses publics, ait une raison pour s'engager. Les principaux avantages notés par les partenaires sont les suivants :

- Les PFIDASS répondent à un besoin et proposent un partenariat collaboratif acceptable et intéressant, car fondé sur un principe « gagnant-gagnant » et une logique de subsidiarité ;
- Elles reposent sur une organisation réactive et des professionnels compétents, efficaces et disponibles ;
- Le « moyen » choisi (institutionnalisation d'un accompagnement spécifique concernant des situations sur lesquelles les professionnels du social peuvent avoir le sentiment de « bricoler ») favorise l'adhésion des partenaires ;
- Elles constituent pour les partenaires un relai efficace à leur action, une ressource supplémentaire, pour prendre en charge des situations « complexes » et/ou sur lesquelles ils ne peuvent pas nécessairement intervenir ;
- Elles leur permettent de retrouver des modes d'échanges plus directs et opérationnels avec les Caisses primaires ;
- Elles disposent de la légitimité institutionnelle de l'Assurance maladie qui peut faciliter le fonctionnement interne des partenaires ;
- Les PFIDASS participent à construire peu à peu l'idée de l'accès aux soins et à la santé comme un objectif commun à différents acteurs. C'est ce qui fait qu'elles peuvent être sur les territoires une pièce importante sinon majeure d'une politique générale.

Ce dernier constat paraîtra cependant optimiste si différents freins ou obstacles relevés au cours de l'enquête perdurent. Ceux-ci ne relèvent pas tous, évidemment, des Caisses primaires en particulier et de l'Assurance maladie plus globalement. Trois types de freins peuvent être rappelés ici :

- Les doutes des partenaires sur le « périmètre populationnel » des plateformes ;
- Les doutes sur les fonctions/capacités d'action (ce que font ou ne font pas les PFIDASS ; les spécificités par rapport à d'autres offres ; la pertinence des réponses par rapport à certains besoins) ;
- Les charges de travail des partenaires, les moyens humains qu'ils peuvent mobiliser pour participer aux PFIDASS, en particulier à la détection, leur temporalité d'action, leur capacité à relayer le projet en interne, les évolutions de leurs missions.

Certaines limites dépendent ainsi de conditions exogènes aux PFIDASS, alors que d'autres semblent davantage relever de leur construction actuelle. Il semble que pour créer des intérêts croisés durables – condition d'un engagement des partenaires actif et pérenne – et pour lever certains doutes au niveau local, les réponses prioritaires à apporter concernent :

- Le positionnement de l'Assurance maladie au niveau national sur le fait que les PFIDASS concernent (ou non) aussi les populations relevant de l'urgence sociale et/ou du champ du handicap ;
- Le positionnement et les marges de manœuvre des plateformes s'agissant de leur fonction d'orientation des bénéficiaires vers certaines offres de soins, de matériel médical et/ou certains acteurs de la protection complémentaire ;

Ces deux points paraissent majeurs dans la mesure où des partenaires actuels et des partenaires potentiels conditionnent leur engagement à la prise en compte des difficultés d'accès aux soins et à la santé de leurs propres publics et/ou de certains « segments » de ceux-ci, mais aussi à une possible valorisation de leurs offres.

Nous concluons cette étude en insistant sur l'importance, de notre point de vue, de la mise en place de la nouvelle organisation au sein du réseau de l'Assurance maladie (Direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins (DISAS), Caisses référentes régionales ; Caisse nationale d'appui (CAN)) au regard de différents points évoqués dans ce rapport.

Selon nous, cette organisation pourrait en particulier avoir un rôle majeur pour :

- Asseoir la stratégie institutionnelle sur la question de l'accès aux soins et à la santé ;
- Spécifier et raffiner les « stratégies d'intéressement » pour les actions de l'Assurance maladie en matière d'accès à la santé selon la nature des partenaires et les écosystèmes sectoriels ;
- Conforter les lignes directrices générales (en particulier sur la dimension populationnelle des actions) et aider les CPAM à poursuivre l'implantation territoriale de dispositifs comme les PFIDASS (en particulier via une analyse locale des zones territoriales « couvertes/non couvertes »).

La capacité à faire perdurer des temps d'échange collectifs - internes mais aussi pluri partenariaux - sur les PFIDASS, et plus globalement, sur l'action de l'Assurance maladie en matière d'accès à la santé sera, nous semble-t-il, un autre élément majeur pour accentuer l'intégration de cette action dans son environnement territorial, continuer à lui donner du sens par rapport à d'autres dynamiques locales et nationales, mais également pour faire définitivement tomber des doutes chez certaines partenaires s'agissant de la durabilité et de l'intensité de l'engagement de l'institution en la matière.