
Accompagnement méthodologique de la démarche d'entretiens qualitatifs du Service social de l'Assurance maladie du Tarn

Programme « Renoncement aux soins »

Rapport d'étude – Novembre 2016

Auteur : Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS
Avec la collaboration de Catherine Chauveaud, chargée d'études à l'Odenore

Convention d'étude n° 16 CUF 6936
entre la CPAM du Tarn et l'Université Grenoble Alpes représentée par sa filiale Floralis



L'Odenore remercie la Direction de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Tarn d'avoir permis la réalisation de ce travail.

Les professionnels du Service social de l'Assurance Maladie du département sont associés à ces remerciements. Il en va de même pour le responsable du Service et l'assistante sociale chargée de projet qui ont accompagné l'équipe de recherche dans son intervention.

Sommaire

Introduction	4
1 L'objet de la mission	4
2 Le travail d'accompagnement méthodologique	7
Résultats	10
1 L'appropriation de la démarche de diagnostic/action par les professionnels du Service social	10
2 L'organisation générale de la démarche	12
3 Les outils créés	13
4 La qualité des informations transmises au Comité d'analyse et leur utilisation	14
Conclusion : discussion générale	18
1 Les atouts de l'expérimentation du Tarn	18
2 Des limites et incertitudes	20
Annexe	23
« Le renoncement aux soins – éléments de définition » Support pour la journée de travail du 7 juin 2016 avec le Service social de l'Assurance Maladie du Tarn	23

Introduction

L'Assurance Maladie du Tarn a confié à l'Odenore¹ une mission d'accompagnement méthodologique de la démarche d'observation sociale du phénomène de renoncement aux soins expérimentée par son Service social. Le présent rapport rend compte des résultats de cet accompagnement qui a duré de juin à septembre 2016.

Une note d'avancement avait été présentée le 29 août 2016 à la Direction de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Tarn. Le travail en cours a également été exposé le 2 septembre à Toulouse lors d'une réunion entre les CPAM et la CARSAT de la région Occitanie.

Le présent rapport complète et développe la note de travail rendue fin août 2016.

1. L'objet de la mission

La démarche expérimentale en question prend place dans un plan d'action plus vaste engagé par l'Assurance Maladie du Tarn dans le but d'agir sur les situations de renoncement ou de report de soins. Dans ce cadre général, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département a entrepris une action massive de détection des situations caractéristiques. Pour cela, elle a appliqué la démarche et les outils initiés en 2014 par la CPAM du Gard² et repris en 2015 par les autres Caisses du Languedoc-Roussillon³. La CPAM du Tarn a cependant innové dans le processus d'identification des situations de renoncement/report de soins en procédant à l'envoi par Internet d'un questionnaire aux assurés sociaux⁴.

¹ L'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services) est une équipe du laboratoire CNRS « PACTE » (Politiques publiques, Action politique, Territoires) à l'Université Grenoble Alpes. L'Odenore coordonne l'Axe de recherche « Réception des politiques par les publics » de la Maison des Sciences de l'Homme Alpes du CNRS. Il est membre du Laboratoire International Associé (LIA) du CNRS, « Inégalités, Développement, Equilibres politiques ».

² Catherine CHAUVEAUD, Philippe WARIN, « Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) », Etude pour la CPAM du Gard, Odenore, *Etudes & Recherches* n° 52, septembre 2014 [en ligne].

³ Hélène REVIL, Philippe WARIN, Annette CASAGRANDE (en collaboration), « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime Général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole », Etude pour les CPAM de l'Aude, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales, Odenore, *Etudes & Recherches* n° 56, mars 2016 [en ligne].

⁴ CPAM du Tarn, « Note méthodologique. Mener un diagnostic du renoncement aux soins », mars 2016.

L'étape du plan d'action pour laquelle un accompagnement méthodologique a été demandé à l'Odenore concerne le dispositif de diagnostic et d'action qui intervient suite à la détection. Sur ce plan également l'expérimentation du Tarn se différencie de l'expérimentation menée dans le Gard au travers de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS)⁵, qui est aujourd'hui en cours d'évaluation dans 18 autres Caisses⁶. L'Assurance Maladie du Tarn a mis en place en effet une démarche différente de diagnostic/action, comprenant deux niveaux d'intervention :

- Le premier niveau porte sur l'analyse de situations de renoncement/report de soins en présence d'assurés sociaux ayant déclaré se trouver dans cette situation de privation. Il s'agit du diagnostic. L'expérimentation a confié ce travail au Service social de l'Assurance Maladie du département. De part leur formation et leur métier, ces professionnels du travail social sont particulièrement aguerris à la pratique des « entretiens d'évaluation » dont le but est d'estimer les besoins sociaux en fonction des situations des ménages (une personne ou plus au sens de l'INSEE). En intégrant la phase d'analyse de situations dans l'activité courante du Service social, les acteurs de l'Assurance Maladie dans le Tarn ont donc choisi, à la différence de la PFIDASS, de ne pas créer de dispositif partenarial (interservices et même inter-institutions) pour mener cette étape, mais de l'internaliser au cœur d'un seul service compétent.

En tout, 15 agents des équipes du Service social (8 intervenants dans la circonscription d'Albi et 7 dans celle de Castres) ont été impliqués dans ce travail de diagnostic. Il s'agit précisément de 11 assistantes de Service social et de 4 secrétaires. Ces deux équipes sont coordonnées par un responsable de service et par une assistante sociale chargée de projet.

Le choix a été fait de réaliser ces entretiens avec des assurés appartenant à trois groupes particulièrement exposés au phénomène du renoncement/report de soins selon les résultats apportés par le travail préalable de repérage de situations : à la fois des assurés âgés de 16 à 25 ans, ou bien de + de 60 ans, ou encore atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD).

⁵ Hélène REVIL Thibault GAJDOS, Philippe WARIN, « La Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins », Etude pour la CPAM du Gard, Odenore, *Etudes & Recherches* n° 57, mars 2016 [en ligne].

⁶ Hélène REVIL, avec Annette CASAGRANDE, Catherine CHAUVEAUD (en collaboration), « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie », Etude pour la CNAMTS, Odenore, *Etudes & Recherches* n° 59, juin 2016 [en ligne].

- Le second niveau est celui de la recherche de réponses aux situations identifiées. Il s'agit de l'action. Ce travail est confié à un Comité d'analyse qui est composé de représentants de la CPAM du Tarn, de l'Echelon Local du Service Médical et de la CARSAT⁷. Au cours de l'expérimentation, le Comité s'est réuni à 5 reprises⁸. La mission du Comité d'analyse est double. Il lui faut apporter dans la mesure du possible des réponses immédiates aux situations individuelles, mais également penser les termes de réponses plus structurelles (ou collectives) pour prévenir le phénomène de renoncement/report de soins.

Le Comité d'analyse décide des réponses à apporter sur la base des informations qui remontent des professionnels du Service social. Ces informations sont préalablement ordonnées dans deux documents que chaque professionnel a à remplir avant de les transmettre au Comité :

1) Une synthèse d'entretien établie suivant une série de rubriques : « *Situation familiale et socioprofessionnelle, contexte général (données en lien avec le contexte de vie)* », « *Description du renoncement/report de soins, causes et conséquences* », « *Relation au médecin traitant, rapport aux soins et à la santé* », « *Réaction : quelles actions la personne a-t-elle entreprises pour sortir du renoncement/report ?* », « *Niveau de précarité* », « *Score EPICES* », « *Commentaires éventuels* ». Cette dernière rubrique est particulièrement importante pour le Comité d'analyse puisque les professionnels indiquent les actions qu'ils ont pu entreprendre ou qui leur paraissent nécessaires. Cette synthèse donne lieu à une saisie sur l'application GAIA individuel « Intervention sociale d'aide à la personne ».

2) Un diagnostic qualitatif de renoncement aux soins établi indépendamment de l'entretien, par le responsable du Service social et son adjointe. Il s'agit d'un report d'informations sur l'assuré, sa situation administrative, les éventuelles prestations extralégales, les historiques des contacts avec la CPAM et des consommations de soins, sa connaissance, au sein de l'Assurance maladie, par le Centre d'Examen de Santé, l'Echelon Local du Service Médical et par le Service social.

Au cours de l'expérimentation, 26 situations ont été diagnostiquées par les professionnels du Service social puis portées à la connaissance du Comité d'analyse. Les dossiers relatifs à

⁷ Il s'agit pour la CPAM du Tarn : de la directrice adjointe, des responsables du pôle CMU/Solidarité et du PLANIR, de l'Accueil, et du Centre d'Examen de Santé, ainsi que de la Conciliatrice CPAM. Pour le Service médical (ELSM), du médecin chef. Et pour la CARSAT, du responsable du Service social et de l'assistante sociale chargée de projets.

⁸ Le Comité d'analyse s'est réuni à Albi ou à Castres les 25 avril, 17 mai, 12 juillet, 2 août et 27 septembre 2016.

l'ensemble de ces situations et les comptes-rendus des décisions du Comité d'analyse constituent le corpus de l'expérimentation. L'ensemble des documents (synthèses d'entretien ; diagnostic qualitatif hors entretien ; comptes-rendus des décisions) sont rendus anonymes dès lors qu'ils ont à être communiqués à d'autres acteurs que les professionnels du Service social et les membres du Comité d'analyse.

Pour rédiger ce rapport, l'Odenore a tenu compte de l'ensemble de ces documents mais aussi des échanges avec les professionnels d'Albi et de Castres lors de la journée de travail du 7 juin 2016.

2. Le travail d'accompagnement méthodologique

Le travail d'accompagnement méthodologique demandé à l'Odenore a consisté à aider la mise en place de la démarche mais aussi à rendre un avis sur l'ensemble des documents qui lui ont été communiqués de façon sécurisée par le Service social.

Le travail de l'Odenore s'est décomposé en deux tâches successives :

- Une aide à l'appropriation de la question du renoncement/report de soins et du guide d'entretien par les professionnels du Service social.

Ce premier travail a consisté à préparer un document qui présente les notions de renoncement, de report et de non-recours aux soins. Ce document précise également le caractère subi ou volontaire, mais aussi relatif, du renoncement. Il a été discuté en introduction de la journée de travail avec les professionnels des deux équipes du Service social. Ce document est joint en Annexe.

Les objectifs de cette séance étaient, selon les termes de la convention d'étude, de :

- « *Présenter/discuter des principaux résultats obtenus dans les travaux précédents sur le renoncement aux soins, afin de caractériser la question du renoncement (raisons, conséquences et significations pour l'action) et donner ainsi un « arrière-plan » aux équipes.*
- *Discuter les retours d'expérience des professionnels d'Albi qui ont réalisé des premiers entretiens, de façon à repérer et classer les possibles difficultés (liées au guide d'entretien et/ou à la réalisation même d'un entretien).*

- *Travailler sur l'appropriation du guide d'entretien à partir de l'expérience des agents l'ayant mis en œuvre pour lever les difficultés liées à la passation du guide, voire apporter des modifications « à la marge » au guide lui-même. »*

Le guide d'entretien est analogue à celui que l'Odenore a conçu en 2014 pour l'expérience du Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD. Cet outil est stabilisé et certifié⁹. Le choix de le reprendre pour l'expérimentation du Tarn est intéressant dans un objectif de comparaison. Dans le Gard, comme dans les autres départements du Languedoc-Roussillon, le guide d'entretien a en effet été appliqué par des chargés d'études temporaires recrutés par les Caisses locales pour les fins de l'enquête, alors que ce sont des professionnels du travail social qui le mettent donc en œuvre dans le Tarn.

- Un travail d'analyse de l'ensemble des documents portant sur les 26 situations.

Ce travail a mobilisé les deux chercheurs de l'Odenore, auteurs du rapport. Il a aussi bénéficié de l'avis d'un troisième, Hélène Revil, qui pilote les études sur la PFIDASS. Ce travail est au cœur de la mission confiée à l'Odenore. Il a pour but de rendre un avis sur les atouts et les limites de la démarche expérimentée dans le Tarn, mais aussi sur les conditions favorables à son éventuelle reprise – totale ou partielle – dans d'autres départements.

Pour répondre à cette attente, l'Odenore a porté l'attention en priorité sur quatre aspects :

- L'appropriation de la démarche de diagnostic/action par les professionnels du Service social.
- L'organisation générale de la démarche.
- Les outils créés.
- La qualité des informations transmises au Comité d'analyse et leur utilisation.

Sur chacun de ces plans, le travail de l'Odenore a consisté à remarquer les « forces » et les « faiblesses », les « opportunités » et les « contraintes/menaces » de la démarche expérimentale mise en œuvre par l'Assurance maladie du Tarn. Pour cela, les chercheurs de l'observatoire ont procédé à une analyse dite « SWOT » (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), très courante en sociologie des organisations et des pratiques professionnelles. Ce type d'analyse est appliqué depuis longtemps dans le champ du travail social en France¹⁰ et en Europe¹¹. L'outil mis en œuvre combine l'étude des forces et des

⁹ Le guide d'entretien a été déposé à l'Institut National de la Propriété Industrielle afin de certifier son origine.

¹⁰ Parmi de très nombreuses applications, les acteurs de la protection sociale et en particulier de l'action sociale utilisent l'analyse SWOT pour préparer des plans d'action. C'est le cas par exemple de CAF pour la définition des projets pluriannuels de structures d'animation locales qu'elles soutiennent, tels des centres sociaux.

faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur... avec celles des opportunités et des contraintes/menaces de son environnement, afin d'aider la définition d'une stratégie de développement. Le but est de prendre en compte les facteurs internes et externes¹², en maximisant les potentiels des forces et opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et menaces. Généralement cette analyse est conduite dans des groupes de travail réunissant les acteurs concernés.

L'application de cette grille d'analyse ne doit toutefois pas introduire de confusion. Les « points de faiblesse » sont largement liés à l'expérimentation et devraient se dissiper une fois la démarche consolidée. Les contraintes/menaces indiquent simplement des risques éventuels qu'il paraît nécessaire d'éviter. L'analyse présentée ici ne peut pas aller au-delà. Le corpus ne permet pas de tirer de conclusions définitives puisqu'il porte sur une démarche expérimentale dont l'organisation et la production a été largement conçues in itinere.

¹¹ Commission Européenne, « Santé et service sociaux. Analyse sectorielle détaillée des compétences et activités économiques dans l'Union européenne », Direction générale Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances - Unité F3, 2009 [en ligne].

¹² A noter qu'ici et pour l'instant les facteurs considérés sont pour l'essentiel internes à la démarche de diagnostic/action mise en place par l'Assurance Maladie du Tarn.

Résultats

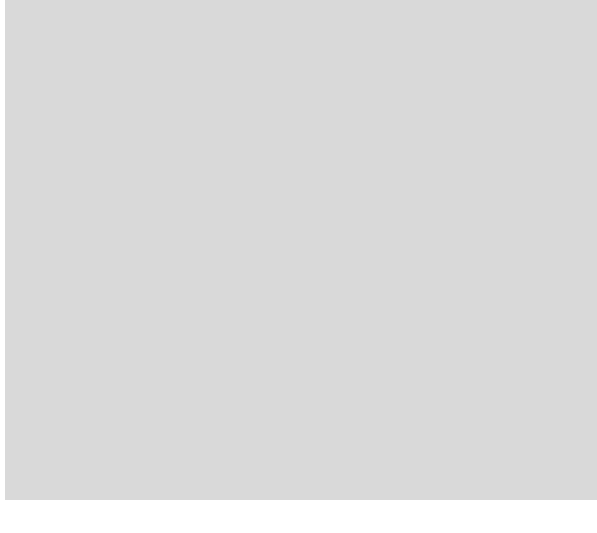
La présentation des résultats porte sur les quatre niveaux d'analyse annoncés dans le projet d'étude et rappelés plus haut : l'appropriation de la démarche de diagnostic/action par les professionnels du Service social ; l'organisation générale de la démarche ; les outils créés ; la qualité des informations transmises au Comité d'analyse et leur utilisation. Elle synthétise les observations en suivant le cadre de l'analyse SWOT présentée en introduction.

Pour chaque niveau d'analyse, un tableau général ordonne les observations. Chaque tableau s'efforce de faire apparaître au même niveau les observations qui paraissent contraires ou opposées : forces *versus* faiblesses, opportunités *versus* contraintes/menaces. Cette présentation montre que la démarche expérimentée est fonction de différents facteurs qui ne jouent pas nécessairement dans le même sens. Dit autrement, il faut se garder de toute idée visant à homogénéiser totalement (« industrialiser ») la méthode de diagnostic/action testée dans ce département. Les tableaux indiquent à titre d'exemple des numéros de dossiers ; cela n'a pas valeur de comptage systématique.

Rappelons que les observations suivantes n'ont aucun caractère évaluatif. Ce n'est pas l'objectif qui a été fixé à l'Odenore. Il s'agit ici de présenter les résultats du suivi d'une expérimentation prise à son début, visant à s'inscrire progressivement dans le dispositif de la PFIDASS lui-même en cours de test à l'échelle d'une vingtaine de CPAM.

1. L'appropriation de la démarche de diagnostic/action par les professionnels du Service social

Forces	Faiblesses
Pour tous les professionnels, quels que soient leurs fonctions et leur ancienneté, l'entretien thématique qui leur est demandé de réaliser fait partie de leurs compétences et de leurs missions. Tous sont formés ou préparés, et en tout cas pratiquent des « entretiens d'évaluation ». Ils partagent tous une habitude de l'écrit.	

<p>La grille d'entretien mise au point dans le Tarn à partir des travaux antérieurs dans le Gard puis en Languedoc-Roussillon ne présente pas de difficultés particulières. Les questions sont faciles à intégrer lors des entretiens d'évaluation. Du point de vue des professionnels, le questionnement est pertinent et complet.</p>	<p>Le seul bémol concerne les questions propres au score EPICES qui pour certaines peuvent paraître incongrues au cours d'un entretien à caractère social (questions sur les vacances et les loisirs)¹⁴. En même temps, les premières synthèses d'entretiens (dossiers 1 à 6) ont nécessité de rappeler le besoin de systématisme dans les entretiens, de façon à ne pas oublier de chercher de l'information sur des points clés (personnes concernées dans le ménage, conséquences du renoncement/report). Ces rappels sont nécessaires tout au long. Toutefois les synthèses suivantes montrent que par la suite les professionnels n'ont pas manqué ces informations.</p>
<p>L'intérêt de la démarche est manifeste pour tous les professionnels. Elle contribue aussi à donner du sens à leur action. Sur ce plan, nous retrouvons l'intérêt général pour l'action sur le renoncement, que l'évaluation de la PFIDASS initiée dans le Gard a déjà souligné¹³.</p> <p>Plus encore, et cela est confirmé avec les observations relatives à « l'organisation générale de la démarche », le Service social apparaît comme un acteur tout à fait adapté pour participer sinon mener l'évaluation qualitative dans l'étape de diagnostic des situations, organisée dans le dispositif de la PFIDASS.</p>	
<p>Opportunités</p>	<p>Contraintes / Menaces</p>
<p>Le ciblage des entretiens sur des groupes particuliers (16-25 ans ; + de 60 ans ; assurés avec ALD) fait qu'il s'agit des publics habituels de certains professionnels, ce qui facilite l'intégration du diagnostic dans les entretiens d'évaluation courants.</p>	<p>Le ciblage des entretiens sur des groupes particuliers (16-25 ans ; + de 60 ans ; assurés avec ALD) fait qu'il ne s'agit pas des publics habituels de certains professionnels ; ce qui peut compliquer la réalisation du diagnostic.</p>

¹³ Hélène REVEL Thibault GAJDOS, Philippe WARIN, op. cit. mars 2016.

¹⁴ Il faut cependant noter que l'équipe du CETAF auteur du Score EPICES – avec laquelle l'Odenore a travaillé – a proposé un score simplifié et tout autant performant pour éviter cet inconvénient répétitif.

2. L'organisation générale de la démarche

Forces	Faiblesses
<p>L'accompagnement de l'expérimentation par le responsable du Service social et par un chef de projet, avec un temps de formation préalable (dont la séance du 7 juin avec l'Odenore) sur un mode participatif pour faciliter l'appropriation.</p> <p>Le management du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la coordination du travail des équipes sur les deux sites ; - une montée en charge progressive du nombre d'entretiens à réaliser (avec possibilité d'ajustement entre professionnels) ; - la périodicité établie (rendus, analyses) ; une instance ad hoc (le Comité d'analyse) informée (« Diagnostic qualitatif de renoncement aux soins – Situation Assurés en vue du Comité d'analyse », « Synthèse d'entretien ») et fonctionnant sur un mode collégial. 	
Opportunités	Contraintes / Menaces
<p>La production d'entretiens d'observation sociale est au cœur des pratiques du Service social (cf. supra, point 1).</p> <p>La possibilité d'introduire les éléments de la grille d'entretien au fil des entretiens d'évaluation réalisés couramment par les agents du Service social.</p> <p>La possibilité d'intégrer une démarche de détection et d'entretien dans la pratique courante des agents, pour certains assurés en priorité (en fonction de présomptions induites par les entretiens d'évaluation préalables). Selon les agents (séance du 7 juin), le questionnement sur le renoncement/report devrait se faire après le premier entretien avec l'assuré (le Service étant amené à revoir les personnes).</p>	<p>Quels seraient la place et le rôle du Service social si la démarche de diagnostic-action du renoncement/report de soins venait à être généralisée ?</p> <p>Une possibilité de diffraction de la grille d'entretien lors des entretiens d'évaluation, soit un risque d'oubli de questions et/ou de perte d'informations. La séance collective du 7 juin a cependant minimisé ces risques et montré l'unanimité des agents quant à la plus grande facilité (fluidité des échanges) et efficacité (prise en compte de la complexité des situations) d'une prise en compte des éléments de la grille au fil des entretiens d'évaluation.</p> <p>L'expérimentation en cours interroge l'économie du dispositif général (détection puis entretiens) : en cas d'internalisation de la détection au niveau du Service social, qu'advient-il de la détection par d'autres services/acteurs et en ligne (comme expérimenté aussi par l'Assurance Maladie du Tarn) ?</p>

<p>La capacité de compréhension et d'analyse des situations par le Service social. La pertinence des propositions d'action au regard de l'offre de services de l'Assurance Maladie ou d'autres acteurs, mais aussi au vu des possibilités des ménages (approche globale) : les décisions du Comité d'analyse valident très largement les observations et les commentaires des agents rapportés dans les synthèses d'entretiens et fiches GAIA.</p>	<p>Des incertitudes sont pointées par les agents (et autant d'inquiétudes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une incertitude sur l'information nécessaire et suffisante pour le Comité ; - une incertitude quant à l'utilisation des informations apportées au Comité d'analyse ; - une incertitude sur les conséquences de la démarche pour l'activité du Service social, et plus globalement sur sa place et son rôle (cf. supra). <p>Ces incertitudes risquent d'introduire des « menaces »¹⁵ pour la démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une rétention d'informations ; - des réticences, sinon des résistances, à participer à une démarche d'observation sociale qui n'implique pas le Service social dans les réponses à apporter, soit un risque de « doublon » avec leurs propres interventions, de concurrence entre une démarche « thématique » et l'approche « globale » du Service social.
--	--

3. Les outils créés

Forces	Faiblesses
<p>Des outils appropriés aux objectifs, conçus sous la forme de 3 documents normés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la grille d'entretien ; - la synthèse d'entretien établie suivant une série de rubriques ; donnant lieu à une saisie fidèle sur l'application GAIA individuel « Intervention sociale d'aide à la personne » ; - le diagnostic qualitatif de renoncement aux soins établi indépendamment de l'entretien. Ce document permet d'actualiser/corriger des synthèses (dossiers 8, 17). <p>Des situations bien renseignées, avec certes des différences dans la rédaction des synthèses</p>	<div style="background-color: #cccccc; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>La lisibilité des documents manuscrits n'est pas toujours évidente. Une saisie informatique de</p>

¹⁵ Ce type de situation a été largement analysé en sociologie des organisations. Jean-Daniel Reynaud a montré en particulier comment des services ou groupes d'agents mettent en place des stratégies de régulation (dites « régulations autonomes ») des attentes/objectifs hiérarchiques de façon à préserver des principes, fonctionnements ou des pratiques internes.

d'entretiens (moins au niveau des fiches GAIA).	tous les documents réduirait cet inconvénient. Cela suppose un équipement et la maîtrise d'un logiciel de traitement de texte ¹⁶ .
Opportunités	Contraintes / Menaces
<p>Des outils stabilisés et transférables. Cet atout est intéressant dans la perspective d'une reprise totale ou partielle de la démarche dans d'autres départements.</p> <p>La validation par la CNIL de la collecte d'informations, de leur circulation et usage. Cette validation acquise pour l'expérimentation est également indispensable en cas de généralisation.</p> <p>La possibilité de déposer les outils conjointement avec l'Odenore à l'Institut National de la Propriété industrielle (INPI), de façon à les certifier et à faciliter leur diffusion.</p>	<p>La possibilité d'un risque de diffusion « anarchique » des outils, et donc de modification intempestive de leur contenu et de perte de cohérence. Cela obérerait la possibilité de comparer les résultats entre territoires et dans le temps si la démarche du Tarn est reprise.</p>

4. La qualité des informations transmises au Comité d'analyse et leur utilisation

Forces	Faiblesses
<p>Malgré la diversité des synthèses sur le plan formel (manuscrites ou saisies) et rédactionnel (lapidaire ou développé), le point de vue de l'Odenore sur la qualité des synthèses est positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Richesse et précision des informations rapportées ; rien de superfétatoire ou très rarement (exemple : prénoms de personnes). - Formulation claire permettant une bonne transmission au Comité d'analyse. <p>Globalement, à la différence des synthèses</p>	<p>L'appréciation de la qualité des synthèses d'entretiens porte sur les informations qui sont rapportées. Cela n'exclut pas la possibilité d'une « rétention » d'informations qui pourraient enrichir et faciliter le travail du Comité, voire modifier ses décisions.</p>

¹⁶ Cette observation sur les manques des services et des agents eux-mêmes n'est pas forcément anodine au regard de situations relevées par ailleurs, que le passage au numérique contribue à mettre en avant.

d'entretiens produites par des chargés d'études (études précédentes dans le Gard et le Languedoc-Roussillon), les synthèses rendues par le Service social sont à la fois plus concises et précises, mais aussi rédigées dans une visée opérationnelle.

Avec ce niveau de qualité, l'Odenore considère que l'internalisation du diagnostic est à la fois plus efficace (meilleur apport d'informations) et plus efficiente (moindre coût).

Les synthèses d'entretiens exposent le caractère multidimensionnel du renoncement/report de soins. En fonction des situations, les conditions de vie et les privations sont mises en avant dans les synthèses. Quand nécessaire des dimensions psychologiques apparaissent pour faire appel à des aides spécifiques (exemple : dossier 15). Plus couramment le manque de guidance de la part des médecins traitants est relevé (dossiers 2, 3, 6, 8, 11).

Le Comité d'analyse ne se saisit pas toujours des explications du renoncement/report exposées dans les synthèses (comme le manque de guidance qui peut être – comme on le sait – relié aux comportements des assurés). Des synthèses signalant des situations financières tendues ne suscitent pas de la part du Comité des recommandations en termes de recherche de droits potentiels à des prestations ou aides sociales. On ne sait pas toujours si ce travail de repérage sinon d'ouverture de droits est engagé alors que l'exposé de la situation en montre la nécessité (dossier 21). A l'inverse, on apprend parfois que le diagnostic a débouché aussitôt sur le déclenchement d'une démarche d'ouverture de droit, par exemple à la Prime d'activité (dossier 23) ; ce que le Comité ne note pas. Dit autrement, le travail d'ouverture de droit effectué à l'occasion du diagnostic peut échapper au Comité, ou si celui-ci a eu lieu il n'est pas forcément pris en compte parmi les décisions. Cela interroge sur la systématique des pratiques, et des professionnels du Service social, et du Comité d'analyse.

En même temps, des diagnostics montrent le besoin d'intervenir en priorité sur les montants de certains devis (ce qui relève des missions confiées aux PFIDASS expérimentales). En la matière, le Comité d'analyse ne prend pas ce type d'initiative, si bien que la recherche de solutions, même très active et concrète, paraît partielle (dossier 22).

Des situations plus rares ne sont pas questionnées, comme celle d'un assuré qui indique son projet de changer de région prochainement (dossier 12). Le Comité ne relève pas le fait, alors que c'est un précédent

<p>Parallèlement, les synthèses sont suffisamment détaillées pour amener le Comité d'analyse à mettre en place, quand nécessaire, des réponses collectives associant d'autres acteurs locaux.</p> <p>La qualité des synthèses permet au Comité d'analyse de proposer parfois des réponses plus structurelles (dossier 7 : réflexion sur les « parcours déménagement » avec les mairies ; les déménagements sont l'un des facteurs explicatifs du renoncement/report).</p>	<p>déménagement qui a entraîné en partie la situation de renoncement : pas d'initiative en termes d'information de l'assuré et/ou de transmission à la CPAM suivante.</p> <p>Alors que l'exposé des motifs du renoncement/report conduit à souligner la nécessité d'articuler plusieurs interventions sociales et administratives (situations mixant manque de discernement et manque de guidance), il peut arriver au Comité d'analyse de ne pas faire de proposition, ou de ne pas aller au-delà de la réponse apportée en première instance par le professionnel (dossier 15). Cela conduit parfois à ne pas tenir compte d'une problématique majeure pour la personne et sa famille (par exemple, une difficulté à se déplacer : dossier 19).</p> <p>Les synthèses d'entretien explicites sur l'état de santé psychologique des personnes peuvent indiquer la nécessité d'un accompagnement médicosocial, sans que pour autant les situations n'aient apparemment à relever d'un suivi spécialisé, par une MDPH notamment. Ce type de besoin, assez fréquent et flagrant dans certaines synthèses, n'est pas pris en compte par le Comité. Que celui-ci soit démuné, cela s'explique ; mais cela pourrait l'amener à faire remonter ces situations sans suite de sa part vers d'autres acteurs (dossier 20). Cela interroge sur les critères d'appréciation et les niveaux de réponse qui doivent guider le travail du Comité, autrement dit sur le besoin d'une doctrine.</p> <p>Des facteurs de renoncement/report ne sont pas toujours considérés comme des indicateurs d'alerte (notamment les séparations/divorces : dossiers 10, 25), alors que les professionnels et le Comité d'analyse en perçoivent et retiennent d'autres (comme les déménagements avec le dossier 7, mais pas avec le 12). Cela pose à nouveau la question de l'homogénéisation des pratiques au sein du Comité.</p> <p>Il est cependant intéressant de constater avec l'exemple du dossier 10 que les synthèses peuvent aussi exposer des situations particulièrement complexes et permettre ensuite au Comité d'analyse de décider d'un ensemble de réponses. Cela interroge aussi sur la difficulté à la fois, à produire des réponses</p>
---	---

<p>Les synthèses questionnent également certains fois les choix de l'Assurance maladie et appellent ainsi une réflexion globale sur la gestion des ressources (dossier 11 : l'analyse détaillée du travailleur social pose très clairement des arguments en faveur d'une aide financière immédiate, coûteuse pour l'Assurance maladie, mais qui éviterait ensuite des dépenses supplémentaires nécessairement plus onéreuses).</p>	<p>immédiates et à concevoir des réponses globales.</p> <p>Le relevé de décisions du Comité d'analyse qui s'est saisi du dossier 11 n'indique pas si l'observation générale du professionnel est prise en compte. Ce qui pose à nouveau la question de la participation des professionnels au Comité d'analyse qui se saisit de leurs synthèses d'entretiens, et plus globalement celle d'un « management ascendant » de cette démarche interne de diagnostic/action.</p>
<p>Opportunités</p>	<p>Contraintes / Menaces</p>
<p>La capacité d'analyse du renoncement/report de soins au regard d'une compréhension globale des situations. L'habitude du Service social de définir des critères d'appréciation des situations.</p> <p>La coordination des équipes d'Albi et de Castres, et la forte interconnaissance entre les professionnels du Service social, ainsi qu'entre les membres du Comité d'analyse.</p> <p>Le dispositif territorialisé avec la possibilité de réunir sur site les équipes du Service social et les membres du Comité d'analyse.</p>	<p>La place et le rôle du Service social dans le dispositif (cf. supra, point 2).</p> <p>Le manque de systématité et donc le risque d'hétérogénéité des pratiques de reporting – plus que de diagnostic - et d'analyse.</p>

Conclusion : discussion générale

En conclusion, il s'agit de discuter au vu des résultats qui viennent d'être présentés, d'un côté, des atouts de la démarche de diagnostic/action entreprise par l'Assurance Maladie du Tarn et, de l'autre, de ses limites et incertitudes. La démarche présente en effet des atouts qui peuvent intéresser directement la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés au moment où celle-ci évalue le dispositif de la PFIDASS. Sa généralisation éventuelle pourrait bénéficier sur certains plans des plus-values de l'expérience tarnaise. En même temps, celle-ci demande des précisions sur son organisation et sa pratique, ce qui est normal puisqu'il s'agit d'une expérimentation.

1. Les atouts de l'expérimentation du Tarn

Les atouts de l'expérimentation peuvent être discutés au regard des résultats de la PFIDASS créée dans le Gard. Dans sa conclusion, le rapport relatif à l'accompagnement scientifique de ce dispositif indique que *« la PFIDASS est surplombée par des enjeux forts : des enjeux propres à l'Assurance Maladie relatifs en particulier à la conception des métiers, aux pratiques professionnelles, à l'articulation des différents services et des composantes administrative, médicale et sociale. Elle participe et accélère le renouvellement du métier d'agent d'accueil, elle suggère la création d'un nouveau métier « d'accompagnant administratif en santé ». En se structurant de plus en plus et en délimitant progressivement ses limites d'action, la PFIDASS appelle parallèlement, autant qu'elle s'inscrit dans, une réflexion institutionnelle sur le rôle de chaque entité de l'Assurance Maladie et sur le sens général de la mission collective. Les enjeux sont également extérieurs à l'Assurance Maladie : un dispositif tel celui de la PFIDASS interroge le positionnement propre de chaque acteur sanitaire et social impliqué dans la plateforme et emporte certainement la nécessité d'une orientation stratégique partagée. C'est bien en toile de fond la question de la place des institutions sociale et sanitaire dans la définition d'un projet politique territorial concernant la limitation des inégalités d'accès aux soins et peut-être même des inégalités sociales de santé qui semble se poser. »*¹⁷

Par rapport aux deux questions posées dans cet extrait (celle de la création d'un métier d'accompagnant administratif en santé et celle de l'implication des acteurs locaux du

¹⁷ Hélène REVIL Thibault GAJDOS, Philippe WARIN, op. cit. mars 2016, p. 113.

sanitaire et social dans une démarche collective), l'expérimentation menée dans le Tarn apporte des éléments de réponse. C'est sur ce plan que nous situons ses atouts.

Il ressort des résultats présentés précédemment que l'implication du Service social de l'Assurance Maladie présente des avantages à plusieurs niveaux. Ces avantages se situent dans le travail de diagnostic des situations de renoncement/report de soins préalablement détectées :

- Les professionnels en question ont le savoir faire pour mener des entretiens d'évaluation et les compétences pour analyser dans leurs différentes dimensions les raisons du renoncement/report de soins.
- Ces professionnels sont capables d'intégrer ce diagnostic particulier dans leurs activités courantes.
- Ils sont en mesure de produire des informations précises à partir desquelles des réponses individuelles ou structurelles peuvent être recherchées.

Dit autrement, l'implication du Service social dans le travail de diagnostic peut résoudre en partie la question du métier nécessaire pour accompagner les assurés sociaux vers leurs droits et les services.

La participation de ces professionnels au travail de diagnostic présente aussi des avantages potentiels, qui pourraient être activés si les conditions nécessaires sont réunies :

- Les professionnels du Service social ont la capacité de détecter les personnes/familles qui peuvent connaître les privations induites par le renoncement/report de soins.
- Ils ont les compétences pour suivre les situations des ménages et pour s'assurer à la fois de l'application des réponses qui leur sont apportées et de l'implication/responsabilisation de ces mêmes ménages.
- Enfin ces professionnels connaissent les dispositifs de prestations et d'aides sociales en général, et travaillent en relation avec d'autres acteurs locaux du sanitaire et du social (travailleurs sociaux employés par des Communes, CCAS, Départements, associations, Missions locales, autres organismes de Sécurité sociale, etc.).

L'activation de ces avantages potentiels pourrait contribuer à couvrir, au-delà du diagnostic de situations, d'autres fonctions nécessaires à la production de parcours de sortie du renoncement/report de soins. Ces fonctions sont relatives à la détection des situations, à la définition et au portage avec d'autres acteurs du sanitaire et du social des réponses quand celles-ci sont collectives ou interinstitutionnelles, à l'accompagnement des ménages sur le plan administratif mais aussi sur le plan social jusqu'à la consolidation des situations.

Ces différents avantages que l'expérimentation du Tarn permet d'exposer vont dans le sens d'une internalisation de la démarche de diagnostic/action qui pourrait répondre en partie aux enjeux qui surplombent l'expérience de la PFIDASS.

Pour autant, la démarche entreprise dans le Tarn présente en même temps des limites et des incertitudes qu'il importe de relever. En particulier, pour être actifs les avantages potentiels attribués à la participation du Service social appellent certaines conditions qui n'existent pas au moment de l'expérimentation.

2. Des limites et incertitudes

L'expérimentation du Tarn montre que la place des professionnels du Service social dans l'action engagée a besoin d'être précisée sinon définie. Le diagnostic porte sur des situations de renoncement/report de soins qui leur sont signalées alors que ces professionnels sont en mesure d'en détecter régulièrement dans leur activité courante auprès de différents publics d'assurés sociaux. Ils sont surtout placés dans une position supplétive dans la mesure où on ne leur demande pas d'intégrer ce diagnostic dans une approche globale des besoins sociaux des ménages. Dans ces conditions, le risque pour que les professionnels s'estiment « instrumentalisés » est particulièrement fort. On le voit dans la présentation des résultats, à défaut de clarté sur les aboutissants du rôle qu'on leur demande, ils ne sont pas censés ni d'abord enclins à transmettre au Comité d'analyse toutes les informations dont ils disposent. L'expérimentation rencontre ici une limite importante puisque les professionnels du Service social ne veulent pas être dépossédés d'informations qui seraient utilisées sous l'angle unique du renoncement/report de soins dans le cadre d'interventions qui leur échappent. En l'espèce, la difficulté réside dans le fait que l'approche des situations de renoncement/report de soins mobilise sur un problème particulier des professionnels du travail social qui, par définition, ont une approche globale des difficultés sociales et des besoins sociaux des ménages.

L'analyse scientifique des raisons du phénomène de renoncement/report de soins a montré l'imbrication des explications et le besoin de réponses graduées. Le besoin de développer « *un métier d'accompagnement administratif en santé* » est certainement nécessaire au vu des premiers retours de l'évaluation du dispositif de la PFIDASS. Ce dispositif cherche en effet à répondre en particulier au « *besoin de guidance* » des assurés sociaux, que les premiers rapports de l'Odenore ont caractérisé et mesuré. Cependant, ces travaux ont insisté également sur l'imbrication des privations au-delà du renoncement/report de soins et sur les interactions entre les situations de précarité et le non-recours, parfois cumulatif, à

différentes prestations sociales. Il faut rappeler ce résultat principal. Si l'on en tient compte, une approche globale des besoins sociaux et des réponses à apporter tend à s'imposer. Dans ce cas, il paraît judicieux d'associer à sa mise en œuvre les professionnels du travail social qui maîtrise son savoir faire. Sur ce plan ce rapport conduit à affirmer que le Service social constitue très probablement un acteur « à forte valeur ajoutée » pour le travail de diagnostic que la généralisation du dispositif de la PFIDASS conduira à instituer.

Il s'agit alors de définir les conditions de son implication durable. Pour cela, il est nécessaire de préciser les fonctions d'un accompagnement administratif et social en santé (et pas simplement administratif), à partir de ce que les professionnels du social peuvent faire ou pas. De ce point de vue, des questions très concrètes doivent être posées. L'un des points forts de la PFIDASS mise en œuvre dans le Gard est de reposer sur une équipe dédiée au dispositif, qui est en mesure d'analyser les situations, de proposer des réponses et de suivre leur réalisation notamment au travers d'interventions auprès de professionnels de santé (en particulier pour préciser le contenu et les coûts de prestations, ce qui est essentiel vu l'importance du renoncement/report de soins pour des raisons financières). Une première question se pose donc : le Service social de l'Assurance Maladie est-il en mesure de faire de même ?

Cette question pratique est à poser alors même que l'Assurance Maladie du Tarn a entrepris sa démarche pour cheminer progressivement vers le dispositif de la PFIDASS. Elle ne conduit pas à confronter, voire à opposer, des alternatives. En effet, elle n'a d'intérêt que si elle contribue à penser la définition d'un modèle d'intervention générale qui tirerait profit des avantages de différentes approches et de sa souplesse d'application.

Les résultats de l'expérimentation du Tarn mettent en avant les avantages d'une participation durable du Service social si celle-ci est bien définie. Ces avantages portent, en résumé, sur l'internalisation de la détection alors qu'à ce niveau le partenariat attendu dans le cadre de la PFIDASS peut paraître lourd et coûteux, et sur le diagnostic global qui rend possible la recherche de réponses concertées avec d'autres acteurs. En revanche, l'expérimentation du Tarn, à son stade actuel, présente plusieurs incertitudes relatives à :

- La systématisme des réponses à apporter à partir de l'analyse des dossiers (on a souligné plus haut la prise en compte parfois partielle des diagnostics par le Comité d'analyse).
- La mobilisation de ressources autres que celles de l'Assurance Maladie dans la recherche de solutions individuelles.
- La recherche de réponses structurelles à partir d'indicateurs d'alerte qui peuvent résulter de l'analyse des dossiers.

Ces incertitudes sont liées au fait même qu'il s'agit d'une expérimentation et aux nécessaires « tâtonnements » de son instance de pilotage, le Comité d'analyse. Plusieurs résultats montrent la nécessité de forger une doctrine pour intervenir de façon la plus systématique et complète. Les critères d'appréciation des situations ont intérêt à être précisés et classés, et les niveaux de réponses ont besoin d'être gradués et dans la mesure du possible systématisés. Le rôle du Comité d'analyse dans la définition, la mise en œuvre et le suivi des réponses sera ainsi consolidé. La réception de ces observations par les promoteurs de l'expérience démontre la perception de ces besoins et d'ores et déjà leur prise en compte.

Comme pour la PFIDASS, l'enjeu à l'issue de l'expérimentation menée dans le Tarn est celui de la conduite du changement dans l'organisation générale de l'Assurance Maladie.

Annexe

Le renoncement aux soins – éléments de définition

CPAM du Tarn – Odenore – 7 juin 2016

① Le renoncement aux soins (RE)

Le RE renvoie à un besoin de soin perçu, mais non satisfait.

- ✓ Le RE est établi sur une base déclarative : on demande aux personnes si elles ont renoncé à des soins sur une période donnée.
- ✓ Cela suppose :
 - 1/ que les personnes aient pris conscience d'un besoin de soins auquel elles auraient renoncé.
 - 2/ que le système de santé soit susceptible d'y répondre.

② Le non-recours à des soins (NR)

Le NR renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait.

- ✓ On n'est plus dans l'ordre du déclaratif, comme pour la notion de renoncement, mais dans celui du normatif : le NR est établi au regard de ce qui est considéré du point de vue médical (à partir de l'état de connaissances de la médecine) comme un état de santé non traité médicalement.

③ RE ≠ NR

Le RE et le NR ne se superposent pas nécessairement : les « renonçants » ne sont pas systématiquement des « non-recourants », et réciproquement.

Il existe 2 situations où RE et NR ne correspondent pas :

- ✓ Renoncement (RE) mais pas non-recours (~~NR~~) (3%).

Soit une population qui déclare renoncer à des soins sans être en situation de non-recours (RE-NR).

Du fait de l'importance de la question de la surconsommation de soins, cette population particulière est intéressante à identifier :

- Elle peut être composée en partie de personnes fortement préoccupées par leur santé, accédant probablement à des soins, mais insuffisamment selon elles.
 - Il est possible que ces personnes soient prêtes à recourir davantage à des soins, de façon contrôlée ou pas (cas d'automédications non organisées...).
- ✓ Une personne ne déclare pas renoncer, pourtant du point de vue médical son état de santé nécessite des soins : pas de Renoncement (RE) mais Non-recours (NR) (4%).

Soit une population qui ne déclare pas renoncer à des soins mais qui est pourtant en situation de non-recours (RE-NR).

Cette population ne s'inscrit pas/plus dans l'idée de besoins de soins, mais les personnes peuvent être conscientes de leur état de santé dégradé :

- EX : ne plus recourir au dentiste (pas/plus de besoin exprimé alors même que des soins seraient nécessaires) et déclarer renoncer à des soins d'importance moindre médicalement parlant.
- Ne plus déclarer renoncer lorsque l'on a intériorisé l'obstacle financier (« cette prothèse, cette psychothérapie, etc. sont définitivement hors de mes moyens ») ; etc.

4 Des populations types

Au total, la distinction entre RE et NR conduit à différencier des populations types et à pointer en particulier la population qui ne déclare pas renoncer à des soins mais qui est pourtant en situation de non-recours (RE-NR) :

Populations types :	Non-recours NR	Pas de Non-recours NR
Renoncement RE	Cible privilégiée	Population paradoxale
Pas de Renoncement RE	Population paradoxale	Population non visée

5 Renoncement et Report

Un RE signifie une situation durable, sinon définitive ou irréversible. Or si les personnes ne satisfont pas des besoins de soins qu'elles éprouvent, leur intention ou leur souhait peut être d'y répondre dès que possible.

⇒ ***Les personnes sont dans une situation de report (RP) et non de RE dès lors que les soins ne paraissent pas durablement ou définitivement hors de portée.***

Si le RP est perçu par les personnes comme une situation problématique de laquelle elles espèrent sortir tôt ou tard, le RE apparaît comme le comportement d'une personne qui a pris compte le fait d'être sortie durablement voire définitivement de la possibilité de bénéficier de l'offre de soins délivrés par le système de santé.

Cette remarque est fondamentale : le RE est en même temps une situation ET un comportement.

⇒ ***Le renoncement à des soins est le comportement produit par l'impossibilité d'accéder à des actes de soins reconnus au moment et tant que le besoin est ressenti.***

6 Le RE : subi ou volontaire

Le RE peut être subi (« RE Barrière ») ou volontaire (« RE Refus ») :

- ✓ Le RE barrière première renvoie à des impossibilités diverses.
- ✓ Le RE refus témoigne de préférences ou de désaccords.

7 Le RE : un phénomène relatif

La notion de renoncement à des soins est usuelle dans les enquêtes visant à caractériser les rapports d'une population à la santé. En particulier, l'Enquête santé et protection sociale conduite par l'IRDES depuis 1988 demande régulièrement aux enquêtés si au cours des douze derniers mois ils ont renoncé à au moins un soin pour raisons financières.

Malgré l'usage courant de la notion de renoncement à des soins dans les études à caractère épidémiologique, celle-ci reste une « notion floue ». Les chercheurs de l'IRDES en conviennent, qui ont tôt fait de souligner que renoncer à des soins ne signifie pas pour autant ne consommer aucun soin, attirant par là le regard sur le caractère relatif du renoncement. C'est du reste pour cette raison que l'Enquête ESPS a cherché à partir de 2010 à estimer le renoncement en fonction des types de soins concernés.

⇒ ***Les personnes qui déclarent renoncer à des soins très généralement se soignent en partie.***