

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services

**Evaluation « en continu »
de la Plateforme d'intervention départementale
pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) du Gard**

**Rapport d'étude
Version définitive**

**- Nathalie Blanchet et Hélène Revil -
Odenore/Université Grenoble-Alpes**

Grenoble – Novembre 2016

Sommaire

Introduction	P.4
1. Présentation de l'échantillon	P.6
2. La perception des assurés par rapport au fait d'avoir bénéficié d'un service spécifique et d'avoir été accompagnés dans le cadre d'un dispositif particulier	P.9
3. Les facteurs d'engagement dans l'accompagnement	P.12
4. Les aspects de la PFIDASS plébiscités par les assurés et qui, selon eux, ont contribué à la « réussite » de leur accompagnement	P.15
5. Les gains de l'accompagnement PFIDASS pour les assurés	P.18
6. Zoom sur la durabilité des effets : des incertitudes quant aux possibilités et aux modalités de l'accès aux soins pour l'avenir	P.22
7. Le rapport des assurés à la CPAM et leurs représentations sur l'institution	P.26
8. Zoom sur des accompagnements clôturés pour d'autres motifs que la réalisation des soins	P.28
Conclusion	P.34

Introduction

Contexte et objectifs

L'évaluation initiale de la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) du Gard, conduite en 2015¹, avait souligné les effets multiples de la plateforme pour la plupart des personnes accompagnées : réalisation des soins, soulagement physique et/ou moral, stimulation pour avancer dans leur parcours de vie, perspectives professionnelles et/ou sociales renforcées...

Cette étude avait également pointé le fait, qu'en amont de la réalisation des soins, l'accompagnement par les agents de la PFIDASS pouvait apporter aux personnes des « gains intermédiaires » : mise à jour de leur protection maladie, ouverture d'un droit à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) ou à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), adaptation de leur contrat complémentaire... Elle avait, en l'occurrence, indiqué le caractère essentiel de ces gains intermédiaires pour consolider l'accès aux soins des personnes accompagnées (et/ou des membres de leur famille) sur le moyen terme.

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

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

Après quasiment deux ans de fonctionnement de la plateforme, la direction de la CPAM du Gard a souhaité savoir si les effets de la PFIDASS sont globalement toujours identiques à ceux mis en exergue initialement et si les points d'incertitude sont moins prégnants. Que dire donc, à l'heure actuelle, des effets de l'accompagnement pour les assurés dont la situation a fait l'objet d'une saisine de la PFIDASS ? Quels sont les effets qui sont le plus fréquemment observés ? Qu'en est-il de la durabilité de ces effets pour les personnes accompagnées et des changements éventuels de leurs représentations ? Dans la continuité de l'évaluation initiale, voici les grandes questions qui ont été posées dans le cadre de la présente évaluation « en continu » de la PFIDASS du Gard.

¹ Revil H. en collaboration avec P. Warin, « La Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins », Rapport de recherche, Grenoble : Odenore, 2016.

Méthodologie de l'évaluation « en continu »

Alors que les 50 entretiens réalisés « en face à face » dans le cadre de l'évaluation initiale de la PFIDASS avaient porté le regard sur le renoncement des personnes et sur l'accompagnement dont elles avaient bénéficié par rapport à celui-ci (donc sur le passage par la PFIDASS et son amont), les entretiens de l'évaluation « en continu » ont davantage été attentifs à l'accompagnement et à ce qui s'est passé en aval de celui-ci pour les personnes. Bien entendu, il a été nécessaire, dans la présente évaluation comme dans la précédente, de mettre l'accompagnement en lien avec le renoncement qui a amené une saisine de la PFIDASS, mais les entretiens se sont, cette fois-ci, moins concentrés sur ce point.

La méthodologie de la présente évaluation a été la suivante :

- **Réalisation d'entretiens téléphoniques auprès de 30 personnes accompagnées par la PFIDASS du Gard et pour lesquelles l'accompagnement a été clôturé avec réalisation ou programmation des soins, il y a deux mois environ² :**

Cette durée de deux mois (entre la finalisation de l'accompagnement et la conduite de l'entretien) est apparue pertinente pour que les personnes aient la mémoire de leur accompagnement et puissent donc évoquer celui-ci lors de l'entretien, tout en l'ayant quelque peu « digéré ». Il a ainsi semblé important de ne pas effectuer les entretiens immédiatement après la finalisation de l'accompagnement pour éviter que les points de vue ne soient trop marqués par des affects, des émotions. Ces 30 entretiens devaient en outre concerner des personnes pour lesquelles l'accompagnement avait été finalisé avec réalisation ou programmation des soins et la saisine réalisée par un détecteur externe à la CPAM³.

A côté de ces critères principaux de recrutement, il a semblé pertinent de veiller à varier les soins renoncés (l'idée étant de ne pas interroger uniquement des personnes accompagnées pour un renoncement à des soins dentaires) et de sélectionner, dans la mesure du possible, des assurés ayant déclaré plusieurs renoncements (même si l'accompagnement par la PFIDASS a porté plus spécifiquement sur un seul soin) et/ou ayant évoqué des renoncements concernant d'autres membres de la famille proche. Suite à l'évaluation initiale, l'hypothèse avait en effet été faite que les effets de la PFIDASS sont « maximaux » pour les assurés en renoncement cumulatif et/ou ayant au sein de leur famille proche des personnes (en particulier un conjoint ou des enfants) rencontrant également des difficultés d'accès aux soins.

En résumé, les 30 assurés dont l'accompagnement PFIDASS a été finalisé et pour lesquels les soins avaient été réalisés ou programmés lors de la clôture par les accompagnants devaient être sélectionnés selon des critères principaux (saisine par un détecteur externe, accompagnement clôturé depuis environ 2 mois avec soins réalisés ou programmés) et à partir de 3 critères complémentaires (variété des soins renoncés, caractère cumulatif du renoncement, caractère familial du renoncement).

- **Dans le cadre de cette évaluation en continu de la PFIDASS, la constitution d'un « groupe contrôle » de 10 assurés est apparue indispensable :**

Ce groupe a été constitué de 10 personnes ayant « abandonné » l'accompagnement, l'ayant refusé, ou pour lesquelles le besoin de soins déclaré initialement comme insatisfait n'était plus présent au

² Au moment où la CPAM a transmis la liste des personnes à interroger à l'Odenore.

³ *In fine*, on remarque qu'une partie importante des saisines ont été effectuées par le Service social ou le Service Médical de la CPAM. Nous évoquerons ce point plus loin.

moment de l'accompagnement ; il s'est agi, à travers des entretiens téléphoniques auprès de ces personnes, de sonder l'évolution de situations de renoncement aux soins lorsqu'il n'y a pas/plus d'accompagnement par la PFIDASS, de voir comment les personnes ont fait face à leurs difficultés d'accès aux soins, de déterminer les interlocuteurs autres que la CPAM qu'elles ont éventuellement sollicités, etc. Nous avons parallèlement cherché à comprendre ce qui a pu « motiver » le refus d'accompagnement ou induire un « abandon ».

1. Présentation de l'échantillon

40 entretiens téléphoniques étaient prévus dans le cadre de cette évaluation en continu de la PFIDASS du Gard ; malgré les difficultés rencontrées pour contacter certaines personnes, 40 entretiens téléphoniques ont *in fine* été réalisés : 30 d'entre eux concernent des assurés présentant un « parcours abouti » et 10 renvoient à des assurés pour lesquels le parcours PFIDASS est « non abouti ».

Nous parlons de « parcours aboutis » (ou « finalisés ») lorsque les parcours des assurés, dans le cadre de la PFIDASS, ont été clôturés par les accompagnants parce que les soins déclarés initialement comme renoncés étaient réalisés ou programmés ; mais nous verrons que les entretiens permettent de mettre en exergue le fait que, même dans le cadre des parcours dit « aboutis » certains soins n'ont finalement pas été réalisés ou ont été arrêtés par les assurés.

L'expression « parcours non aboutis » (ou « non finalisés ») renvoie quant à elle à des accompagnements PFIDASS qui n'ont pas été menés à leur terme parce que les assurés n'ont plus répondu au téléphone ou parce qu'ils n'ont plus souhaité être accompagnés. Cette expression peut aussi renvoyer à des situations où les assurés, ne ressentant plus le(s) besoin(s) de soins qu'ils avaient déclaré(s) comme insatisfait(s), n'ont plus perçu la nécessité d'être accompagnés dans le cadre de la plateforme. Bien que qualifiés « d'inaboutis », les assurés concernés par ces parcours peuvent, pour certains, avoir réalisé les soins déclarés comme renoncés, mais sans l'aide de la PFIDASS. L'accompagnement, même inachevé, a par ailleurs pu apporter des gains à certains. Nous reviendrons sur ces différents points dans la suite du rapport.

Parmi les 40 assurés interrogés, on compte 29 femmes et 11 hommes : 21 femmes et 9 hommes pour les parcours aboutis, 8 femmes et 2 hommes pour les parcours non aboutis. La répartition par âge de l'échantillon montre que les 40-59 ans représentent la classe d'âge la plus importante interrogée parmi les personnes ayant un parcours abouti. La classe d'âge la plus nombreuse, en ce qui concerne les personnes interrogées ayant un parcours non abouti, est celle des plus de 60 ans.

Répartition par sexe et par âge des assurés interrogés

	18 – 24 ans	25 – 39 ans	40 – 59 ans	60 ans et plus	Total
Femmes	0	3	14	4	21
Hommes	0	1	5	3	9
Total parcours aboutis	0	4	19	7	30
Femmes	1	1	2	4	8
Hommes	0	0	1	1	2
Total parcours non aboutis	1	1	3	5	10
Total	1	5	22	12	40

A titre indicatif, il est intéressant de comparer la répartition par âge et par sexe des assurés interrogés, avec celle de l'ensemble des assurés pour lesquels les contacts ont été transmis par la CPAM à l'Odenore. Nous pouvons ainsi porter le regard sur le genre et l'âge des personnes qui ont *in fine* accepté d'être interrogées sur leur accompagnement PFIDASS.

La répartition par âge de la liste de contacts transmise par la CPAM montre que les 40-59 ans représentent la classe d'âge la plus importante parmi les personnes ayant finalisé un parcours. Les plus de 60 ans et les 25-39 ans sont les deux classes d'âge les plus représentées s'agissant des personnes ayant un parcours non abouti. La répartition par âge des personnes qui ont accepté l'entretien téléphonique est donc globalement comparable à celle des assurés pour lesquels les contacts ont été fournis à l'Odenore.

Le tableau ci-dessous montre également que 7 des contacts transmis concernaient des personnes de moins de 18 ans. Le tableau présentant les caractéristiques de l'échantillon interrogé montre qu'aucune personne de moins de 18 ans n'a été directement interrogée dans le cadre de cette enquête. Les entretiens réalisés ont en revanche permis d'évoquer indirectement la situation de 3 personnes de moins de 18 ans (une présentant un parcours finalisé et 2 un parcours non abouti) dans la mesure où il s'agissait des enfants de deux des personnes contactées pour participer à l'enquête.

Répartition par sexe et âge des assurés pour lesquels les contacts ont été transmis

	Moins de 18 ans	18 – 24 ans	25 – 39 ans	40 – 59 ans	60 ans et plus	Total
Femmes	0	0	6	18	5	29
Hommes	3	1	2	11	4	21
Total parcours aboutis	3	1	8	30	9	50
Femmes	3	3	7	5	6	24
Hommes	1	0	2	2	3	8
Total parcours non aboutis	4	4	9	8	9	32
Total	7	5	17	38	18	82

Les tableaux ci-dessous permettent de visualiser la situation familiale et par rapport à l'emploi des assurés interrogés.

Répartition par situation familiale des assurés interrogés

	Seul (e) sans enfant à charge	Seul(e) avec enfant à charge	En couple sans enfant à charge	En couple avec enfant à charge	Non indiqué	Total
Femmes	13	3	3	2	0	21
Hommes	5	0	0	4	0	9
Total parcours aboutis	18	3	3	6	0	30
Femmes	4	0	0	3	1	8
Hommes	1	0	1	0	0	2
Total parcours non aboutis	5	0	1	3	1	10
Total	23	3	4	9	1	40

Répartition par situation au regard de l'emploi des assurés interrogés

	En activité (salarial ou création d'activité)	Arrêt de travail	Invalidité	Sans activité	Retraité	Non indiqué	Total
Femmes	6	2	6	5	2	0	21
Hommes	2	2	1	3	1	0	9
Total parcours aboutis	8	4	7	8	3	0	30
Femmes	1	1	0	2	3	1	8
Hommes	1	0	0	0	1	0	2
Total parcours non aboutis	2	1	0	2	4	1	10
Total	10	5	7	10	7	1	40

Nous pouvons noter que, concernant les parcours aboutis et non aboutis, les personnes seules, sans enfant à charge, sont les plus nombreuses dans l'échantillon de personnes interrogées. Les personnes seules, avec un ou des enfants à charge, sont au contraire les moins nombreuses. Au niveau de la situation par rapport à l'emploi, les personnes interrogées et pour lesquelles l'accompagnement a abouti sont plus nombreuses à être en activité (salarial ou création d'activité) mais également sans activité. Elles sont moins nombreuses à être à la retraite. La situation est différente s'agissant des personnes interrogées et pour lesquelles l'accompagnement n'a pas abouti ; ces personnes sont en effet plus souvent retraitées.

S'agissant des personnes qui ont été interrogées dans le cadre de cette évaluation en continu, qu'en est-il des détecteurs ? Le Service social et le Service médical sont les deux détecteurs les plus représentés en ce qui concerne les personnes ayant un parcours finalisé qui ont accepté d'être interrogées. Au total, 16 des 30 personnes en « parcours aboutis » avec lesquelles un entretien a été conduit ont été orientées par ces deux services. Ce sont les médecins qui ont en revanche orienté le plus grand nombre de personnes interrogées ayant un parcours non abouti (4 parmi les 10 avec lesquels un entretien a été effectué).

Répartition par détecteur des assurés interrogés

	Service social CARSAT	Service Médical	Médecin	Infirmière	Centre de soins	Conseil Départemental	MSP	Total
Femmes	6	5	3	1	1	2	3	21
Hommes	2	3	1	0	2	1	0	9
Total parcours abouti	8	8	4	1	3	3	3	30
Femmes	0	2	2	0	1	2	1	8
Hommes	0	0	2	0	0	0	0	2
Total parcours non aboutis	0	2	4	0	1	2	1	10
Total	8	10	8	1	4	5	4	40

2. La perception des assurés par rapport au fait d'avoir bénéficié d'un service spécifique et d'avoir été accompagnés dans le cadre d'un dispositif particulier

La première évaluation de la PFIDASS avait montré que seules quelques-unes des personnes rencontrées en entretien n'avaient pas identifié la plateforme comme un dispositif « à part entière » ou comme un service particulier de la CPAM. La grande majorité des 50 personnes interrogées avait ainsi conscience d'avoir été accompagnée dans le cadre d'un dispositif spécifique ; toutes ne se souvenaient pas du nom de ce service, mais la plupart citait en revanche d'elle-même, dès les premières minutes de l'entretien, le nom de l'accompagnant. Ainsi et même si beaucoup parlaient essentiellement du rôle de celui-ci dans la résolution de leurs difficultés d'accès aux soins, les personnes avaient globalement en tête que les accompagnants travaillaient dans le cadre d'un dispositif particulier⁴.

2.1. Quatre assurés n'ont aucun souvenir d'avoir été en contact avec la PFIDASS ou ne font pas le lien entre leurs contacts avec la CPAM et les difficultés d'accès aux soins rencontrés

Dans la présente enquête, deux des personnes ayant un parcours abouti avec lesquelles nous avons souhaité avoir un entretien téléphonique ont dit ne pas se souvenir d'avoir été en contact avec un agent de la CPAM pour des difficultés d'accès aux soins ; cette absence de souvenirs a d'ailleurs rendu la conduite de l'entretien impossible (ce sont les entretiens n°20 et 23).

La première personne (entretien n°20), une femme entre 40 et 59 ans, seule, sans enfant à charge, a eu, d'après les informations contenues dans OGEDAS, 9 contacts téléphoniques avec la PFIDASS. Celle-ci avait été saisie par le Service médical pour un renoncement à des consultations chez un spécialiste. La base de données indique en outre que les soins ont été réalisés et que l'accompagnement a été finalisé en mai 2016. L'accompagnement a, toujours selon les informations de la base de données, permis de déposer une demande de CMUC/ACS, ainsi qu'une demande d'aide financière. La personne a par ailleurs réalisé un bilan au Centre d'examen de santé de la caisse. Lorsque nous la contactons, le terme de PFIDASS ne lui évoque toutefois rien. Les dates de début et de fin d'accompagnement ne l'éclairent pas plus. Elle évoque des pertes de mémoire suite à un accident. Elle dit avoir subi une opération de la cheville, mais elle ne se souvient pas s'il s'agissait de consultations dans ce cadre-là. En revanche, elle se souvient que, pour faire face aux frais de cette opération, elle a modifié son contrat auprès de son organisme complémentaire et qu'elle a dû « *se serrer la ceinture* ».

La seconde personne (entretien n°23) est une femme de plus de 60 ans, seule, sans enfant à charge. D'après OGEDAS, elle a eu quatre contacts téléphoniques avec un agent de la PFIDASS. Toujours selon les informations présentes dans l'outil informatique, cette personne avait été orientée par un Centre de santé pour des renoncements à des soins dentaires et à des consultations de spécialistes. L'accompagnement, finalisé en septembre 2016, soit quelques jours avant l'appel pour réaliser un entretien, a permis, selon les informations présentes dans OGEDAS, à cette femme de déposer une demande de CMUC/ACS, de réaliser un bilan au Centre d'examen de santé et d'être informée sur ses droits et leur bon usage. Au cours de l'entretien, Mme affirme cependant ne pas avoir eu besoin de soins dentaires récemment et ne pas savoir à quoi correspondent ces consultations chez un spécialiste. A l'évocation des dates d'accompagnement, elle semble certaine qu'il ne peut pas s'agir d'elle puisqu'à cette période, elle vivait chez son fils à M. pour se soigner d'un « *virus des bronches* ».

⁴ Revil H., en collaboration avec P. Warin, op. cit., 2016.

Parmi les personnes interrogées ayant un parcours non abouti, une femme de plus de 60 ans, vivant seule et sans enfant à charge, se souvient avoir été aidée par un agent de la CPAM, mais n'a pas identifié avoir été accompagnée dans le cadre d'un service particulier (entretien n°3'). Elle ne fait pas non plus le lien entre les contacts qu'elle a eus avec un agent de la caisse et les difficultés d'accès aux soins qu'elle a rencontrés. L'évocation de la période durant laquelle elle a été accompagnée, du nom de la PFIDASS, puis de l'objet du renoncement ne lui permettent pas de se rappeler. Elle se souvient seulement avoir été aidée par un agent pour souscrire une complémentaire santé. La base informatique indique pourtant que cette femme a eu 33 contacts téléphoniques avec la PFIDASS et 1 rendez-vous. Son accompagnement a duré près d'un an. Il a été clos début mai 2016 pour « absence de réponse en cours d'accompagnement ». D'après les informations de la base OGEDAS, cet accompagnement lui a permis de déposer une demande de CMUC/ACS, puis d'être aidée dans le choix d'un organisme complémentaire. Elle a également déposé une demande d'aide financière, réalisé un bilan au centre d'examen de santé et a été orientée dans le système de soins. La PFIDASS avait été saisie pour l'achat de lunettes et la réalisation de soins dentaires. Lors de l'entretien, cette femme explique que, disposant désormais d'une complémentaire, elle a pu prendre rendez-vous chez un ophtalmologue. En revanche, elle dit ne pas avoir actuellement besoin de soins dentaires, ni en avoir eu besoin dans les derniers mois. Mais elle sait qu'elle pourrait consulter un dentiste si nécessaire grâce à sa nouvelle couverture complémentaire.

Parmi les personnes ayant un parcours finalisé, un autre assuré est dans une situation similaire à celle de la femme citée ci-dessus. Il s'agit d'un homme de 69 ans, seul et sans enfant à charge (entretien n°24). Il sait qu'il a été aidé par un agent de la CPAM, mais pense que cette aide était en lien avec une demande d'affiliation à la Caisse primaire du Gard. Il ne fait pas de relation particulière entre les contacts qu'il a eus avec un agent de la CPAM et une situation de renoncement. Il dit d'ailleurs qu'il n'a pas eu récemment besoin de soins. De plus, il pense que l'agent avec qui il a été en contact était une assistante sociale, homologue de l'assistante sociale de secteur qui l'avait orientée vers la PFIDASS. La base de données informatique indique que cet homme a eu 17 contacts téléphoniques avec la PFIDASS et 4 rendez-vous. Il avait été orienté pour la réalisation de soins dentaires, d'analyses médicales et l'achat de lunettes.

Ainsi, parmi 40 personnes interrogées, 2 sont dans l'incapacité de répondre aux questions de l'enquêteur car elles ne se souviennent pas avoir été récemment en contact avec la CPAM ; 2 autres ne font pas de lien entre leurs contacts avec des agents de la caisse et une situation de renoncement aux soins. Si les deux premières personnes ont eu relativement peu de contacts avec le service PFIDASS, les deux autres en ont eus, en revanche, un nombre bien plus important. Ces 4 personnes n'ont en outre pas compris qu'elles avaient été aidées dans le cadre d'un service particulier de la Caisse primaire. C'est également le cas de nombreux autres assurés interrogés.

2.2. Huit assurés ne pensent pas avoir été accompagnés dans le cadre d'un service spécifique, mais disent avoir été aidés par un agent dont ils ne perçoivent toutefois pas toujours bien la fonction

Les entretiens n° 2, 3, 18, 19 et 28 menés avec des personnes ayant un parcours finalisé, montrent que certains assurés ne connaissent pas le terme de « PFIDASS » et qu'ils ne savent pas qu'il s'agit là d'un service à part entière. L'entretien n°26 réalisé avec une femme de 53 ans, vivant seule sans enfant à charge, illustre bien le fait qu'une partie des assurés accompagnés ne cite que le nom de l'agent qui les a accompagnés et ne fait jamais référence à un service au sein duquel l'aide apportée par l'agent prendrait place.

L'entretien n° 22 a permis d'interroger une femme de 43 ans, seule sans enfant à charge, qui, bien que sachant avoir été aidée, n'a identifié clairement ni le service, ni l'interlocuteur, « pourvoyeur » de l'aide. Elle attribue en effet celle-ci (ACS et deux aides financières lui ayant permis de changer un appareil auditif et de réaliser des soins dentaires) à l'assistante sociale de la CARSAT qui la suit

habituellement et à l'agent d'accueil qu'elle rencontre régulièrement au sein de l'antenne près de chez elle.

De la même manière, deux des dix personnes interrogées ayant un parcours inabouti n'ont conscience ni d'avoir bénéficié d'un service particulier, ni d'avoir été accompagnées par la CPAM. Elles savent par contre qu'elles ont été en contact, au cours des derniers mois, avec des agents de la caisse. La première personne (entretien n°7', femme, 65 ans, seule sans enfant à charge) explique d'ailleurs que l'intervention de la PFIDASS a conduit à l'ouverture d'un contrat complémentaire et à la réalisation d'une partie des soins renoncés ; dans l'autre cas, la personne attend d'être en contact avec un autre agent pour voir s'il peut lui proposer une autre solution que celle préconisée par le premier agent (entretien n°6', femme, 66 ans, seule sans enfant à charge). Nous reviendrons sur les cas de ces personnes dans la partie relative aux parcours non aboutis.

2.3. Cinq assurés n'ont pas le sentiment d'avoir été pris en charge dans le cadre d'un service spécifique et pensent que la CPAM a simplement agi dans le cadre de sa mission ordinaire

Les entretiens n° 5, 6, 14 et 21 concernent tous des personnes qui ont fait le lien entre l'aide dont elles ont bénéficié et une ou des situations de renoncement aux soins. Mais elles considèrent que, ce faisant, la CPAM est intervenue dans le cadre de ses missions de base. Ainsi, un homme de 39 ans, seul sans enfant à charge (entretien n°5), a été orienté vers la PFIDASS pour l'aider à acquérir de nouveaux appareils auditifs ainsi qu'un boîtier lui permettant d'utiliser son téléphone mobile malgré sa surdité. Il est totalement sourd d'une oreille et souffre d'acouphènes depuis un accident du travail survenu en 2009. Cet homme semble considérer qu'en le contactant, la CPAM n'a fait qu'assumer son rôle de prise en charge des frais médicaux consécutifs à cet accident du travail. Finalement, il n'a pas obtenu d'aide financière par le biais de son accompagnement PFIDASS. C'est une aide de la MDPH qui lui a permis d'acheter de nouveaux appareils auditifs. Il interprète cela comme un refus de la CPAM de prendre en charge les suites de son accident du travail et ressent cette situation comme une injustice.

Une femme de 45 ans, seule avec un enfant à charge (entretien n°6), pense quant à elle que l'assistante sociale de secteur qu'elle a rencontrée suite à des difficultés financières, l'a orientée vers la PFIDASS pour que la CPAM recalcule ses droits à la CMU C, et ce afin qu'elle puisse réaliser les soins dont elle a besoin. Cette femme explique en outre, lors de l'entretien, que les services de la CPAM ne lui avaient précédemment pas renouvelé ses droits à la CMUC « *par erreur* ». Elle ne sait pas qu'elle a été aidée dans le cadre d'un service particulier et indique en l'occurrence que les contacts qu'elle a eus avec un agent ont eu vocation à « réparer » une erreur faite par la CPAM concernant ses droits à la CMU C.

De même, un homme, en couple, avec deux enfants à charge, qui a été interrogé dans le cadre de l'entretien n° 14, pense que son accompagnement a permis de « *remettre en place* » la prise en charge de soins consécutifs à un accident du travail qui avait conduit à une amputation d'un pied. Durant cet entretien, cet homme parle notamment de séances de kinésithérapie qu'il a pu reprendre suite à son accompagnement par la PFIDASS, alors que la base de données indique des consultations de spécialistes comme motif de saisine de la plateforme.

Enfin, un homme de 69 ans, seul sans enfant à charge, interrogé au cours de l'entretien n°21, évoque le fait que l'accompagnement lui a permis de mettre à jour ses droits de base, de retrouver une couverture complémentaire et de débloquer sa situation au regard de ses indemnités journalières. Comme les 3 personnes précédentes, il ne pense pas avoir bénéficié d'un service particulier, organisé selon des modalités particulières. Il a l'impression d'avoir bénéficié du même service que lui rend d'ordinaire l'Assurance Maladie.

2.4. Au final, un peu plus d'un assuré sur deux a le sentiment d'avoir été accompagné dans le cadre d'un service spécifique de la CPAM

23 des 40 personnes interrogées au cours de cette enquête ont le sentiment d'avoir été accompagnées par la PFIDASS et ont compris que cet accompagnement avait pris forme dans le cadre d'un service particulier. Les 23 personnes ne se souviennent pas toujours du nom de ce service, mais certaines l'ont tout de même cité d'elles-mêmes.

Les différences de perception de la PFIDASS et d'identification de l'accompagnement d'un assuré à l'autre, les relations qu'ils établissent ou non entre cet accompagnement et leurs difficultés d'accès aux soins, ne sont sans doute pas sans lien avec le fait que l'information donnée par les différents détecteurs sur la PFIDASS et sur les suites de la détection peut être plus ou moins prononcée. On peut en outre supposer que la nature et/ou le degré d'information, la présentation faite ou non de la PFIDASS - ou tout du moins des suites qui vont être données par la CPAM à la captation de difficultés d'accès aux soins -, peuvent notamment différer entre détecteurs externes et internes (rappelons qu'une partie importante des personnes interrogées dans le cadre de cette évaluation ont été orientées vers la PFIDASS par le Service social ou le Service médical de la CPAM).

Si la perception de la PFIDASS comme un service de la CPAM « à part entière » et de l'aide apportée comme un « véritable » accompagnement peut être liée à la manière dont les détecteurs parlent de la plateforme au moment du repérage, elle peut parallèlement découler de la façon dont les accompagnants présentent les choses aux assurés au démarrage de l'accompagnement. Après plusieurs mois de fonctionnement de la plateforme, il est notamment possible que les accompagnants explicitent moins aux assurés le cadre dans lequel leur action prend forme. Cela pourrait contribuer à expliquer que par rapport à l'évaluation initiale, les assurés ayant conscience d'avoir bénéficié d'un accompagnement et/ou ayant identifié le fait d'avoir bénéficié d'un service spécifique de la CPAM sont, proportionnellement, un peu moins nombreux dans la présente évaluation.

3. Les facteurs d'engagement dans l'accompagnement

Pourquoi les personnes acceptent-elles de s'engager dans l'accompagnement proposé par l'agent de la PFIDASS lors du premier contact téléphonique avec celui-ci ? Qu'est-ce qui leur permet d'adhérer à cette proposition, alors même que, comme nous l'avons vu, les personnes paraissent parfois ne pas avoir clairement compris l'objet et/ou la finalité de l'accompagnement ?

3.1. Une proposition d'aide qui répond à un besoin

Plusieurs des assurés interrogés dans le cadre de cette enquête disent avoir accepté l'aide proposée par la CPAM parce qu'ils n'avaient pas d'autres solutions pour réaliser leurs soins. En ce sens, la proposition faite par un agent de la PFIDASS répond tout simplement à un besoin. Les personnes ressentent la nécessité de se soigner, mais font face à des obstacles qu'elles jugent indépassables. Bien que certaines ne puissent plus attendre pour mettre en place des soins longtemps repoussés, elles n'arrivent pas à engager des démarches seules, sans être épaulées. D'autres personnes ont frappé à plusieurs portes pour essayer d'être aidées par rapport à leurs difficultés d'accès aux soins, mais n'ont pas obtenu de réponse ou n'ont pas été prises au sérieux. Dans tous ces cas, la proposition d'accompagnement faite dans le cadre de la PFIDASS rend à nouveau envisageable la réalisation des soins.

L'évaluation initiale montrait déjà que beaucoup des personnes interrogées expliquaient avoir, dès les premiers temps de l'accompagnement par la PFIDASS, repris confiance en l'existence de solutions pour mettre un terme à leurs difficultés d'accès aux soins. Dans ce cadre, c'est l'espoir de pouvoir réaliser un soin dont l'absence impactait parfois quotidiennement leur qualité de vie qui les avait incitées à s'engager dans l'accompagnement.

Au cours de la présente enquête, certaines personnes ont dit ne plus percevoir, avant leurs échanges avec un détecteur et/ou avec l'accompagnant PFIDASS, aucune solution pour réaliser des soins dont elles avaient besoin parfois depuis très longtemps. Les obstacles jalonnant l'accès aux soins leur paraissaient impossibles à dépasser. C'est le cas par exemple de la femme interrogée dans le cadre de l'entretien n°1 qui confie n'avoir pas consulté de dentiste depuis « *des années* », ne pas avoir les moyens financiers pour le faire et avoir toujours eu d'autres problèmes à résoudre (femme 40-59 ans, en couple avec trois enfants à charge). Le premier contact téléphonique avec l'accompagnant a été pour elle une bouffée d'oxygène. Une femme (entretien n°10, femme plus de 60 ans seule sans enfant à charge) dit à propos du premier appel de l'agent : « *j'ai vu la lumière au bout du tunnel* ».

D'autres personnes interrogées ont également expliqué qu'elles ne pouvaient plus repousser davantage la réalisation de leurs soins (entretiens n° 27, femme 59 ans en couple, et n°28, femme 36 ans seule avec 1 enfant à charge, notamment) car leur absence impactait trop fortement leur état de santé et leur quotidien. Une femme devait quant à elle absolument réaliser des soins dentaires avant de pouvoir en entreprendre d'autres (entretien n°18 : femme de 41 ans, seule sans enfant à charge, qui avait besoin de réaliser des soins dentaires avant de pouvoir envisager une opération pour la pose d'un « by-pass »).

3.2. La confiance dans l'accompagnant et la compréhension rapide de l'aide proposée

La présente enquête révèle également que plusieurs des personnes interrogées ont accepté l'aide de la PFIDASS parce qu'elles ont rapidement fait confiance à l'agent avec qui elles ont été en contact. Une femme (entretien n°12, femme 56 ans seule sans enfant à charge) indique ainsi : « *il m'a tout de suite mise à l'aise* ». Là encore, il s'agit d'un élément qui avait été mis en avant par l'évaluation initiale. Le premier contact téléphonique avec l'accompagnant apparaît toujours, à l'heure actuelle, d'une grande importance pour que les assurés acceptent de s'engager dans l'accompagnement.

On note également que, comme l'avait pointé l'évaluation initiale, cette adhésion est favorisée lorsque l'assuré a le sentiment que l'agent ne lui propose pas une offre de service « généraliste » mais un service « personnalisé », visant à prendre en compte sa situation et à y répondre de manière spécifique. Ainsi, plus l'agent dispose d'informations précises sur la situation des personnes et leurs difficultés d'accès aux soins lors des premiers contacts, plus les assurés ont le sentiment de se voir proposer un service spécifique et plus ils sont à même de s'engager en confiance dans l'accompagnement.

Un homme de 45 ans, seul sans enfant à charge, dit avoir accepté l'aide qui lui était proposée parce qu'il n'avait pas d'autres solutions pour réaliser les soins dont il avait besoin, mais aussi parce que cet accompagnement semblait « *adapté à sa situation* » (entretien n°11). Plusieurs autres personnes expliquent, lors des entretiens, qu'ayant rapidement compris ce qu'elles pouvaient attendre de l'accompagnement, elles avaient souhaité continuer à être pris en charge. Un homme (40-59 ans, en couple, deux enfants à charge) dit avoir accepté d'être accompagné car il a d'emblée fait confiance à son interlocuteur, précisant : « *la façon dont il ; parlait, j'avais l'impression qu'il connaissait déjà mon dossier, pas comme le médecin* » (entretien n°14). Enfin un autre homme (64 ans, en couple, deux enfants à charge, entretien n°13), explique s'être engagé sans hésiter, parce que le médecin conseil qu'il a rencontré au sein de la CPAM et qui l'a orienté vers la PFIDASS, l'avait mis en confiance. Cette

confiance s'est alors reportée sur l'agent l'accompagnant. Il dit à propos de celui-ci : « *On voyait qu'il essayait vraiment de m'aider du mieux qu'il pouvait* ».

3.3. La confiance dans le détecteur

Comme c'est le cas de l'homme dont nous venons d'évoquer la situation, on note également que certaines des personnes interrogées se sont engagées dans l'accompagnement parce qu'elles ont fait confiance au détecteur. On pourrait résumer ainsi : plusieurs assurés pensent que si leur médecin ou leur assistante sociale, en qui ils ont confiance et qu'ils connaissent parfois depuis longtemps, leur ont parlé de ce service et orientés vers celui-ci, c'est que cela peut être pertinent et utile.

Ainsi, un homme, 43 ans, seul, sans enfant à charge, dit avoir accepté l'aide car il fait confiance au dentiste qui lui en a parlé (entretien n°2). Une femme, 57 ans, seule, sans enfant à charge, s'est, en ce qui la concerne, engagée car elle connaît l'assistante sociale qui a évoqué ce service de la CPAM (entretien n°3). Une autre femme, 42 ans, seule, sans enfant charge, parle dans les mêmes termes de son médecin généraliste (entretien n°30). Elle évoque sa confiance dans ce professionnel.

Dans ces trois cas, les professionnels qui les ont orientés vers la PFIDASS (des détecteurs externes) sont des personnes qu'elles peuvent avoir l'habitude de côtoyer, avec lesquelles elles peuvent être en lien depuis longtemps. De ce fait, elles considèrent que si ce professionnel leur en parle, c'est que cela correspond à ce dont elles ont besoin.

3.4. Une institution qui « va vers les assurés »

Dans l'évaluation initiale, le pas fait, suite à la détection, par l'institution pour proposer un accompagnement vers les soins constituait un point largement plébiscité par les personnes accompagnées. Ainsi, l'un des aspects que les personnes disaient avoir tout particulièrement apprécié concernant leur prise en charge par la PFIDASS était qu'un agent de la CPAM les rappelle. Plus habituées à devoir franchir de leur propre chef la porte des organismes sociaux et des services publics en général, le fait que l'Assurance maladie fasse cette fois-ci le chemin inverse était qualifié par la grande majorité des personnes de « surprise ».

Nous retrouvons cet élément dans la présente enquête. Beaucoup des personnes interrogées expliquent qu'elles n'auraient peut-être pas pris contact d'elles-mêmes avec la CPAM. Dans le cadre de l'entretien n°7 (femme, 60 ans, vivant seule, un enfant à charge), Mme nous confie : « *c'était une période où j'avais pas trop la pêche* ». Elle évoque le fait que les démarches de demande peuvent parfois se solder par un échec et qu'il est alors difficile de se remobiliser pour en entamer d'autres.

L'entretien n°10 a permis d'échanger avec une femme (40-59 ans, seule, sans enfant à charge) qui, elle aussi, dit explicitement avoir apprécié le fait que la PFIDASS l'appelle directement. Elle n'aurait pas appelé d'elle-même : « *je l'aurais jamais fait* ». D'autres pensent que cette prise de contact leur a facilité les choses (entretien n°16, femme, 47 ans, en couple, sans enfant à charge), ou que cela a représenté un gain de temps (entretien n°2, homme 43 ans, seul, sans enfant à charge).

L'évaluation initiale montrait que c'était bien souvent, chez les assurés, une sorte de contentement qui avait suivi la surprise liée au fait d'être appelés par un organisme social. Pour quelques personnes toutefois, on percevait au travers des mots utilisés lors des entretiens qu'elles avaient pu être agacées, voire même méfiantes, quand elles avaient reçu le premier appel de la PFIDASS. Nous n'avons pas retrouvé cet élément dans la présente évaluation. Une seule personne dit avoir attendu que l'agent l'appelle à plusieurs reprises avant de décrocher et de s'engager dans l'accompagnement. Pour autant, il n'a pas trouvé cette insistance intrusive. Il semblait davantage dubitatif quant à l'aide que ce service pourrait réellement lui apporter. Mr avait besoin d'un appareil

auditif depuis plus de 20 ans. Il dit, durant l'entretien, qu'il n'en avait jamais eu les moyens financiers. Il indique avoir finalement « *compris que c'était pour [l'] aider* » que l'agent avait insisté.

Bien qu'importante, cette prise de contact par la CPAM ne concerne pas tous les assurés interrogés. C'est un point de différence par rapport à l'évaluation initiale. Les entretiens réalisés dans la présente enquête concernent en effet des saisines faites en interne de la CPAM, mais également en externe. Dans ce contexte, il ressort des échanges avec les personnes que certaines ont elles-mêmes pris contact avec la PFIDASS, suite par exemple à la transmission de la carte de la plateforme par un professionnel de santé (c'est le cas notamment de la personne interrogée au cours de l'entretien n°8 ou encore de l'entretien n°30).

4. Les aspects de la PFIDASS plébiscités par les assurés et qui, selon eux, ont contribué à la « réussite » de leur accompagnement

4.1. Avoir un interlocuteur unique

Si une part importante des assurés interrogés n'a pas identifié la PFIDASS en tant que telle, ils sont beaucoup plus nombreux à citer très rapidement, lors des entretiens, le nom de l'agent qui les a accompagnés. Seule une personne n'a pas « identifié » l'agent qui l'a prise en charge (entretien n°22, femme plus de 60 ans seule sans enfant à charge). Elle confond d'ailleurs l'aide obtenue par le biais de la PFIDASS et celle apportée par un suivi social dont elle bénéficie par ailleurs.

Les personnes interrogées sont très nombreuses à souligner l'importance, pour elles, d'avoir été prises en charge par un interlocuteur unique. C'était déjà le cas dans l'évaluation initiale. Comme le montraient les entretiens réalisés dans le cadre de celle-ci, le fait d'avoir un interlocuteur unique permet aux personnes ne pas exposer plusieurs fois leur situation, de ne pas raconter, expliquer à de multiples reprises, ce qui entrave leur accès aux soins.

Ainsi, une des assurées interrogées souligne : « *Quand c'est des personnes différentes, on se sent chahuté, baladé.* » (Entretien n°7, femme, 60 ans, seule, un enfant à charge). L'entretien n°28 concerne, quant à lui, une femme qui dit avoir apprécié le fait d'avoir un seul interlocuteur pendant cet accompagnement, à l'inverse des changements de conseillers fréquents « *lorsqu'on est accompagné au sein de Pôle Emploi, ou des changements réguliers de conseiller bancaire* » (femme, 36 ans seule avec un enfant à charge).

Pour bien des personnes contactées au cours de cette enquête, avoir un interlocuteur unique a parallèlement été l'assurance que quelqu'un « s'occupe réellement » de leur problème entre deux contacts téléphoniques. Durant l'entretien n°14, l'homme que nous interrogeons déclare : « *On sait de quoi lui parler et on sait qu'il va s'en occuper* » (homme, 40-59 ans, en couple avec deux enfants à charge).

Les assurés soulignent, en outre et pour la plupart d'entre eux, l'écoute, la compétence, l'efficacité, mais aussi la sympathie de leur interlocuteur. La conciliation de qualités relationnelles et de compétences techniques est, selon les personnes, un « facteur de réussite » essentiel de l'accompagnement (qu'elle qu'en soit d'ailleurs parfois l'issue en termes de soins). Comme lors de l'évaluation initiale, une part importante des personnes interrogées a eu l'impression d'être « entendue », voire « reconnue » par le biais de cet accompagnement, que certaines ont qualifié de « personnalisé », et ce principalement grâce à leur accompagnant.

Dans l'entretien n° 10, Mme s'exprime ainsi : « *j'ai eu l'impression qu'on m'a écoutée* » ; « *déjà de m'écouter, c'était important* » (femme, plus de 60 ans, seule sans enfant à charge). Comme l'avait indiqué l'évaluation initiale, le moyen choisi par la CPAM pour prendre en charge le renoncement aux soins reste donc largement plébiscité par les personnes accompagnées.

4.2. Les contacts téléphoniques et la possibilité de joindre directement les agents PFIDASS

A côté de l'importance d'avoir un interlocuteur unique, les contacts téléphoniques réguliers et le fait que les assurés disposent d'une ligne directe pour joindre leur interlocuteur de la PFIDASS en cas de besoin, semblent avoir été des éléments facilitants dans la majorité des cas.

Ainsi, au cours de l'entretien n°4, une femme explique que procéder par téléphone lui évitait d'avoir à se déplacer alors que son véhicule n'était pas toujours en état de rouler (femme, 64 ans, seule sans enfant à charge). Dans l'entretien n°10, une autre femme dit aussi qu'il était important pour elle de faire par téléphone alors que sa voiture « *avait des pneus lisses et qu'elle craignait à chacun de ses déplacements de recevoir une contravention* » (femme, plus de 60 ans, seule sans enfant à charge). D'autres personnes ont insisté sur le fait que, de cette manière, ils n'avaient pas à payer le bus.

La possibilité d'être accompagnées par téléphone a en parallèle été jugée importante par des personnes éprouvant des difficultés à se déplacer, à être mobiles, du fait d'une pathologie notamment. C'est le cas par exemple de l'assurée interrogée dans le cadre de l'entretien n°26 : cette femme a été victime d'un accident et rencontre depuis des problèmes de dos qui font qu'elle a du mal à se déplacer et à rester assise (femme, 53 ans, seule sans enfant à charge). Procéder par téléphone lui évitait des déplacements qui auraient été, de son point de vue, « *compliqués pour [elle]* ».

De plus, toujours au cours de l'entretien n°4 précité, Mme indiquait que, même si elle a des difficultés pour régler ses factures téléphoniques, elle fait de son mieux pour être toujours joignable par téléphone et pour pouvoir appeler. Le fait de pouvoir contacter facilement, par eux-mêmes, l'agent qui les accompagnait est un autre des éléments que la plupart des assurés a appréciés. Comme l'évaluation initiale l'avait signalé, cela permet notamment aux personnes de poser leurs questions au moment où elles émergent et d'obtenir rapidement des réponses et/ou des explications sur certains points de leurs démarches. C'est le cas par exemple pour l'homme interrogé au cours de l'entretien n°24 qui explique qu'il appelait l'agent qui l'accompagnait « *dès qu'il avait une inquiétude* » et que cela lui permettait d'être rassuré (homme, 69 ans, seul sans enfant à charge).

Cette possibilité d'appeler directement leur accompagnant, d'obtenir des informations sans avoir à attendre un rendez-vous, participe sans doute de l'impression de rapidité de leur prise en charge, de réactivité de leur interlocuteur, que les assurés ont soulignée. De même, les assurés ont régulièrement loué la disponibilité de leur interlocuteur. Tous ces éléments participent de ceux qui ont amené les assurés à se sentir en confiance avec les agents qui les ont accompagnés. Ainsi, au cours de l'entretien n°13, l'homme que nous interrogeons compare le lien qu'il entretient avec l'agent de la PFIDASS à celui qu'il peut avoir avec son médecin traitant (homme, 64 ans, en couple avec deux enfants à charge). Il dit que puisque l'accompagnant connaît bien sa situation, il est plus facile d'échanger ; cela permet aussi, selon cet homme, d'obtenir des conseils appropriés. Dans l'entretien n°7, une femme précise : « *J'avais l'impression qu'il me connaissait, c'était très agréable.* » (Femme, 60 ans, seule avec un enfant à charge).

4.3. Un service « individualisé » qui répond et s'adapte aux besoins différenciés de guidance

Ainsi que cela avait été montré dans l'évaluation initiale, le fait d'être toujours en contact avec le même agent et le suivi très régulier qui se met en place dans le cadre de l'accompagnement, permettent, selon beaucoup des assurés interrogés, de se sentir soutenus et sécurisés. Aucun des assurés interrogés dans le cadre de la présente enquête n'a trouvé l'accompagnement trop intrusif. A l'inverse, certains expliquent que les contacts rapprochés sont un des éléments qui leur a permis de mener leurs démarches à leur terme, et ce pas à pas.

C'est le cas notamment de la personne interrogée dans le cadre de l'entretien n°7 (femme, 60 ans, seule avec un enfant à charge). Mme dit que cette récurrence des contacts lui a permis « *d'aller jusqu'au bout* ». D'autres évoquent le fait que le besoin ressenti d'accompagnement était à l'origine de leur engagement. L'entretien n°26 a été conduit auprès d'une femme qui témoigne de cela : elle dit être « *seule, et très émotive* » (femme 53 ans, seule sans enfant à charge). Pour ces raisons, elle pense avoir besoin d'aide pour accomplir ses démarches. L'homme avec lequel nous avons échangé dans le cadre de l'entretien n°11 a également indiqué qu'il pensait « *avoir besoin de conseils* » pour réaliser ses soins car ils ne savaient pas comment s'y prendre (homme, 45 ans, seul sans enfant à charge).

Au travers de l'accompagnement PFIDASS, les assurés ont globalement l'impression d'avoir bénéficié d'un service « sur-mesure », réellement adapté à leurs besoins. Cet élément ressortait déjà de l'évaluation initiale de la PFIDASS du Gard. Les personnes expliquaient alors avoir eu l'impression, pour la première fois depuis longtemps, que le service proposé et reçu avait vocation à leur apporter des réponses se fondant sur l'analyse de leur situation et correspondant par conséquent à la réalité de leurs besoins⁵. Cette année encore, de nombreux assurés insistent sur la rapidité avec laquelle les agents ont pu leur apporter une aide, sur la précision des réponses données à leurs questions, sur l'adéquation entre leurs difficultés et les solutions proposées...

L'une des personnes interrogées a en outre expliqué que l'agent accompagnant avait su lui laisser un peu de temps pour réaliser les démarches nécessaires, alors qu'elle avait d'autres problèmes à régler (entretien n°28, femme, 36 ans, seule avec un enfant à charge). Ainsi, même si les personnes ont besoin d'être guidées, elles peuvent aussi apprécier qu'une place leur soit laissée dans la réalisation de leurs démarches vers les soins. D'autres assurés témoignent au contraire du fait que la réalisation par l'accompagnant, « *à leur place* », d'une partie des démarches administratives nécessaires pour se soigner a été importante. L'homme interrogé dans le cadre de l'entretien n°11 explique par exemple que son interlocuteur l'a aidé à choisir un nouvel organisme complémentaire et à résilier son précédent contrat. Il précise : « *je suis pas très doué pour les papiers* ». Mr déclare bénéficier aujourd'hui de meilleures garanties que par le passé. Il indique également que sa cotisation mensuelle est moins élevée. Ses propos laissent à penser que sans cet appui, il n'aurait pas mené ses démarches à leur terme ou qu'elles lui auraient demandé plus de temps. Une autre femme (entretien n°30) bénéficie, au terme de son accompagnement, de la CMU C. Elle explique qu'elle savait que cela existait mais qu'elle n'aurait jamais entrepris les démarches pour en bénéficier par elle-même. Mme dit aussi que les agents de la PFIDASS ont réalisé toutes les démarches administratives pour elle, alors qu'elle s'en sentait incapable. « *Ils avaient compris que j'étais pas en état de m'occuper de quoi que ce soit* ». Dans l'entretien n°29, l'homme interrogé insiste sur le fait que son interlocuteur l'a aidé à constituer les dossiers de demande nécessaires (homme, 54 ans, en couple avec un enfant à charge). Seul, il pense qu'il n'y serait pas arrivé. Plus loin dans l'entretien, il dit à nouveau que les dossiers de demande lui paraissent trop compliqués : « *ça me fait peur* ». Pour lui, s'il a réussi à acheter les appareils auditifs dont il avait besoin depuis très longtemps, c'est « *grâce à* » son interlocuteur.

⁵ Revil H., en collaboration avec P. Warin, op.cit., 2016.

Ces situations laissent transparaître la capacité d'adaptation dont peuvent faire preuve les agents de la PFIDASS et leur capacité à différencier leur positionnement par rapport aux assurés ; cela est certainement un élément qui contribue au fait que les assurés accompagnés se sentent, pour la plupart, écoutés et entendus.

L'évaluation initiale montrait déjà que, en cela aussi, la PFIDASS apportait un service innovant du point de vue des assurés. Là où d'ordinaire leur situation devait, selon eux, rentrer dans les cases de l'administration, les agents de la PFIDASS s'étaient, selon une partie des personnes interrogées initialement, efforcés de mobiliser les règles avec bon sens, de manière à élaborer, pas à pas, un ensemble de réponses adaptées à leurs problèmes. Nous retrouvons cette dimension dans l'évaluation en continu.

5. Les gains de l'accompagnement PFIDASS pour les assurés

Avant d'aborder de manière approfondie les gains multiples des accompagnements pour les personnes dont la situation a fait l'objet d'une saisine de la PFIDASS, il est important de faire un point sur l'état de réalisation des soins pour les 30 personnes interrogées et pour lesquelles l'accompagnement a été clôturé au motif que les soins déclarés initialement comme renoncés étaient réalisés ou programmés.

5.1. Un peu plus des deux tiers des renoncements ont été levés pour les 30 personnes en « parcours aboutis » ; quelques renoncements demeurent

Les assurés interrogés ayant un parcours finalisé ont été accompagnés par la PFIDASS, d'après les informations contenues dans OGEDAS, pour 47 renoncements (30 personnes interrogées, une moyenne de 1.57 renoncements par personne). 13 personnes ont été accompagnées pour plusieurs renoncements : 11 personnes pour deux renoncements, 1 personne pour 3 renoncements et 1 pour 5 renoncements. 16 renoncements concernaient des soins dentaires, 11 des consultations de spécialistes, 5 l'achat de lunettes. Venaient ensuite des séances de kinésithérapie, l'achat d'appareils auditifs et les consultations de médecins généralistes (3 saisines chacun), les actes de chirurgie et l'achat de matériel médical (2 saisines chacun), la réalisation d'analyses médicales et la consultation d'un ophtalmologue (1 saisine chacun).

Parmi les 47 renoncements pris en charge par la PFIDASS dans le cadre des parcours aboutis, 26 ont été résolus au moment des entretiens : les soins ont été réalisés. 6 autres sont en cours de résolution : les soins sont « en train de se faire » ou sont programmés. 32 renoncements (les 2 tiers) ont donc été levés par la plateforme ou sont en voie de l'être.

De nombreuses personnes interrogées indiquent en outre, dans leur entretien, qu'elles n'auraient pas été en capacité de réaliser leurs soins sans l'aide de la PFIDASS. Dans l'entretien 1 par exemple, Mme semblait avoir baissé les bras et ne cherchait plus de solution. Dans l'entretien 4, l'assurée confie : sans l'aide de la PFIDASS, « *je serais restée enterrée chez moi* ». Certaines personnes avaient précédemment cherché des solutions à leurs difficultés d'accès aux soins, sans toutefois parvenir à trouver une issue. Ainsi, l'homme interrogé au cours de l'entretien 2 avait envisagé de partir à l'étranger pour réaliser les soins dentaires dont il avait besoin. Mais la crainte de complications l'en avait dissuadé. Un homme (entretien n°29) s'était quant à lui renseigné auprès des banques pour emprunter de l'argent afin d'acheter des appareils auditifs. Mais il était d'abord trop endetté pour pouvoir faire un prêt supplémentaire, puis il s'était retrouvé au chômage et cette possibilité s'était de nouveau éloignée.

A l'issue des accompagnements clôturés pour réalisation ou programmation des soins, il reste cependant des renoncements non résolus. Si 34 renoncements ont été levés, 13 autres ne l'ont pas été ou alors nous ne disposons pas d'informations sur ce point ; c'est le cas pour 6 renoncements. Les entretiens n° 20, 23 et 25 n'ont en effet pas permis de recueillir des informations quant à l'état de réalisation des soins qui avaient suscité la saisine de la PFIDASS.

En parallèle, dans les entretiens n°4 et 26, les personnes n'évoquent pas les renoncements inventoriés dans la base de données. L'homme interrogé au cours de l'entretien n°13 n'a pas acheté le matériel médical qui était un des motifs de saisine de la PFIDASS. Mais cela ne témoigne pas d'une impossibilité. Mr explique que, dans l'attente, il s'est organisé différemment et il considère qu'il n'en n'a plus besoin aujourd'hui. L'entretien n°24 a, quant à lui, permis d'échanger avec un homme qui, comme nous l'avons déjà signalé, n'a pas identifié les renoncements qui étaient à l'origine de son accompagnement par la PFIDASS. Ainsi, il n'a pas réalisé les soins dentaires qui étaient un des motifs de saisine, car il dit ne pas en avoir besoin pour l'instant.

Finalement, nous pouvons dire que, d'après les personnes interrogées, les soins n'ont pas été réalisés et ne sont pas en voie de l'être pour 5 renoncements sur les 47 répertoriés dans la base de données concernant les « parcours aboutis ». Cela concerne 3 personnes. Toutes 3 présentaient des situations de renoncement multiples.

Dans l'entretien N° 4, une partie des soins seulement a pu être réalisée. Mme signale en effet qu'elle n'a pas consulté d'ophtalmologue ni de dentiste. Elle a perçu une aide financière qui lui a permis de régler les honoraires qu'elles devaient à son kinésithérapeute et de poursuivre les séances. Mais sa situation économique l'oblige toujours à procéder à des arbitrages financiers : elle a, par conséquent, décidé de ne pas entreprendre de nouveaux soins et de privilégier l'achat un véhicule pour pouvoir se déplacer.

L'homme interrogé au cours de l'entretien N° 5 a, en ce qui le concerne, acheté ses appareils auditifs, mais pas le matériel qui lui permettrait d'utiliser son téléphone portable malgré ses difficultés d'audition ; il n'a pas obtenu l'aide financière de la CPAM qui lui était nécessaire pour ce faire. Il considère que la PFIDASS, et donc la CPAM, ne lui a été d'aucune aide pour faire face à son renoncement.

L'entretien n° 30 donne à voir la situation d'une femme qui a entrepris des soins dentaires grâce à l'aide de la PFIDASS. Mais au moment de notre appel, elle a cessé ses soins. Elle continue également de renoncer à d'autres soins, tel qu'un suivi psychiatrique, qui était un des motifs de saisine de la PFIDASS. Mme explique qu'elle n'a toujours pas trouvé de psychiatre pour entamer un suivi régulier. Une amie lui a conseillé un praticien mais elle craint que ses honoraires ne soient trop chers. Elle a pourtant obtenu la CMU C grâce à l'accompagnement. Plusieurs autres obstacles se dressent selon elle sur le chemin des soins : son manque de disponibilité depuis qu'elle a repris un emploi, ses difficultés à trouver un professionnel de santé, les délais d'attente pour avoir RDV avec certains spécialistes. Elle semble en outre un peu perdue pour faire face à toutes ses difficultés.

En résumé, pour les 30 personnes présentant « un parcours abouti » et qui ont été accompagnées par rapport à 47 renoncements aux soins :

- 26 renoncements ont été résolus, les soins ont été réalisés, et 6 autres sont en train ou en voie de l'être, les soins sont en cours ou programmés ; cela concerne au total 22 personnes.
- Une situation n'a pas été résolue par la PFIDASS car la personne a, entre temps, trouvé d'autres solutions : de fait, le renoncement qui avait l'objet fait de la saisine n'en est plus un (entretien n°13).

- Une autre personne ne considérait pas les motifs de saisine comme un renoncement, elle n'a donc pas réalisé les soins (entretien n°24).
- 3 personnes ne nous ont pas donné les informations nécessaires pour savoir si elles avaient finalement réalisé les soins pour lesquelles elles rencontraient des difficultés (entretiens n°20, 23, 25). Cela représente 6 des 47 renoncements.
- 5 renoncements, concernant 3 personnes sur les 30 interrogées, n'ont pas trouvé de solution au terme de l'accompagnement réalisé par les agents de la PFIDASS (entretiens n°4, 5, 30).

Ainsi, dans quelques cas, l'intervention de la PFIDASS ne suffit pas pour accéder aux soins parce que d'autres obstacles demeurent, ou apparaissent, et/ou parce que les aides financières dont ont bénéficié les personnes apportent un soulagement essentiel, mais ponctuel, alors que les situations économiques des assurés sont durablement fragiles. L'évaluation initiale avait pointé que les incertitudes quant aux possibilités d'accès aux soins à l'avenir concernaient des personnes pour lesquelles la situation financière était particulièrement fragile et qui ne pouvaient, en l'occurrence, pas espérer voir leurs revenus augmenter dans les mois ou années à venir.

L'évaluation initiale avait parallèlement insisté sur le fait qu'il existe parfois des freins à l'accès aux soins sur lesquels il paraît compliqué d'agir, en tout cas dans le cadre de l'accompagnement proposé à l'heure actuelle par la PFIDASS. Il avait en ce sens paru utile d'aborder les obstacles géographiques mais également « psychologiques » qui participent à éloigner les personnes des soins, de certains d'entre eux en particulier. Il avait été rappelé qu'une part importante des renoncements pris en charge par la PFIDASS concerne des soins dentaires. En la matière, les obstacles sont tout à la fois financiers et « cognitifs ». Ainsi, même si la plateforme lève les premiers, il arrive que les seconds demeurent et rendent finalement impossible la réalisation des soins. L'évaluation initiale soulignait en outre que ce type de peurs était bien souvent tu aux accompagnants. Les entretiens initiaux pointaient plus globalement que les raisons objectives ou matérielles du renoncement paraissaient plus évidentes à mettre en mots par les personnes, voire plus légitimes à donner à entendre aux agents.

Dans la lignée de ces constats, au cours de la présente enquête, nous avons échangé avec une femme qui a été accompagnée par la PFIDASS pour l'achat de lunettes (entretien N °10). Au cours de l'entretien, elle évoque des problèmes dentaires. Au début, elle dit oublier de prendre rendez-vous chez le dentiste quand elle n'a plus mal. Plus tard, elle précise qu'elle n'a pas le temps puis elle ajoute : « Rien que de rentrer chez le dentiste... je sais pas... ça me... ». Elle ne semble pas en avoir parlé à l'agent qui l'accompagnait. Durant l'entretien, elle n'évoque pas non plus ce problème dentaire comme un renoncement. Mais c'est bien la peur qui semble l'empêcher de consulter pour l'instant.

5.2. Des « gains intermédiaires » qui peuvent consolider l'accès aux soins

Dans l'évaluation initiale, les entretiens conduits avait permis de souligner un point : que les personnes aient réalisé *in fine* les soins renoncés, qu'elles aient abandonné l'accompagnement en cours de route, le passage par la PFIDASS avait *a minima* permis, pour la plupart des personnes accompagnées, de mettre à jour leurs droits maladie et/ou d'ouvrir un droit à la complémentaire. Certes, l'objectif principal recherché au travers d'un accompagnement PFIDASS est bien de faire passer la personne d'une situation de renoncement à une situation de non-renoncement ; c'est lorsque le soin est réalisé que la « conversion » escomptée se produit. Mais en amont, les accompagnants et les personnes posent ensemble les « jalons » qui rendent possible cette

conversion⁶. Le rapport d'évaluation initiale indiquait que ces « jalons » - obtention d'une aide financière, prise d'une complémentaire adaptée, bénéfice de l'ACS, orientation vers un professionnel de santé, fourniture du contact de ce professionnel - étaient autant de gains en eux-mêmes et qu'ils pouvaient, en tout cas, participer à consolider l'accès aux soins des personnes, immédiatement après l'accompagnement et, pourquoi pas sur le moyen terme.

Nous reprenons ici le concept de « gain intermédiaire » pour analyser le contenu des entretiens réalisés dans le cadre de la présente enquête. Parmi les 30 personnes interrogées et présentant un parcours finalisé, 17 ont obtenu une, ou des, aides financières exceptionnelles pour réaliser leurs soins ; 15 ont accédé à une couverture complémentaire ou obtenu une couverture plus adaptée⁷. Plus précisément sur ce dernier point, 6 personnes ont accédé à une couverture complémentaire grâce à l'accompagnement, alors qu'elles n'en avaient pas auparavant (information tirée de la base informatique) : ce sont les personnes interrogées au cours des entretiens N° 7, 8, 9, 21, 24 et 30. 9 autres personnes disent avoir obtenu l'ACS ou la CMUC grâce à l'accompagnement PFIDASS ; toutes avaient déjà une couverture complémentaire auparavant (ce sont les personnes interrogées dans le cadre des entretiens n°1, 2, 11, 16, 22, 28 pour l'ACS et n°6, 15 et 19 pour la CMUC).

Une seule personne parmi les 30 « parcours aboutis » ne bénéficie toujours pas d'une couverture complémentaire au terme de l'accompagnement (entretien n°10). Il s'agit d'une femme qui, ayant rencontré des difficultés pour payer ses cotisations mensuelles, a été radiée par son précédent organisme. Un droit à l'ACS lui a été ouvert, mais elle n'a pas encore entrepris de démarche pour souscrire un nouveau contrat car elle pense que cela est impossible tant qu'elle n'a pas réglé sa dette.

Une part non négligeable de ces personnes a découvert l'existence de la CMU C et/ou de l'ACS, mais également des aides exceptionnelles, et le fait qu'elle pouvait y être éligible, à l'occasion de cet accompagnement. Certaines ont d'ailleurs exprimé leur surprise lors des entretiens : un homme (entretien n°8) que nous interrogeons bénéficie, grâce à l'accompagnement, de l'ACS. Il n'en connaissait pas l'existence auparavant. Il dit à ce propos : « *Je pensais que c'était pas possible d'avoir ça.* ». Il explique qu'habituellement, lorsqu'il sollicite une aide, celle-ci lui est toujours refusée. Il ajoute : « *J'étais étonné d'avoir droit.* » Un autre homme nous a confié, à propos des aides dont il a pu bénéficier : « *j'y croyais même pas* » (entretien n°11).

Deux personnes ont quant à elles indiqué lors des entretiens (N° 18 et N° 27) qu'elles auraient souhaité que leur éligibilité à l'ACS soit étudiée dans le cadre de l'accompagnement afin de leur faciliter plus durablement l'accès aux soins ; cela n'a, selon elles, pas été le cas.

5.3. Un soulagement physique et moral lié à la réalisation des soins, une projection dans l'avenir plus aisée

Lors de l'évaluation initiale, beaucoup des assurés rencontrés témoignaient du soulagement physique, mais aussi moral, que représentait le fait d'avoir pu réaliser des soins longtemps repoussés. Nous retrouvons des témoignages de ce type dans le cadre de cette évaluation en continu, même s'ils semblent moins nombreux. Rappelons toutefois que les modalités d'enquête ont été différentes : l'évaluation initiale a été construite sur la base d'entretiens longs (en moyenne 1h15) et réalisés en face à face. La présente évaluation repose sur des entretiens téléphoniques qui, en moyenne, ont duré une trentaine de minutes. Ces entretiens téléphoniques sont sans doute

⁶ Revil H., en collaboration avec P. Warin, op.cit., 2016.

⁷ Le total dépasse 30 dans la mesure où certaines personnes ont obtenu une aide financière exceptionnelle et une complémentaire.

moins propices aux confidences s'agissant d'informations que les assurés peuvent considérer comme intimes.

Il ressort tout de même des entretiens téléphoniques réalisés cette année que la réalisation de soins dentaires et l'achat d'appareils auditifs, en particulier, amènent effectivement les assurés à faire état d'un soulagement physique mais aussi moral. La femme que nous avons interrogée au cours de l'entretien N° 15 dit, à propos des soins dentaires qu'elle a pu réaliser suite à son accompagnement PFIDASS : « *c'est un souci de moins* ». Certains assurés expliquent parallèlement comment la réalisation des soins leur a permis de tirer un trait sur certaines conséquences liées à leur absence. Il y a alors pour ces personnes un « avant » et un « après » l'accompagnement. Ainsi, l'homme interrogé au cours de l'entretien N° 11 dit avoir « *réappris à sourire* » suite à la réalisation de ses soins dentaires. Une femme, interrogée au cours de l'entretien N° 22, parle, quant à elle, de « *renaissance* » en évoquant ses soins dentaires. L'entretien N° 16 a permis de contacter une femme qui a été accompagnée dans la réalisation d'une reconstruction mammaire rendue nécessaire par un cancer. A propos de cette reconstruction, elle déclare : « *ça a eu des conséquences sur tout* ». Elle dit ne plus avoir besoin de porter de prothèses, recommencer à sortir et à s'habiller comme elle le souhaite. L'homme avec lequel nous avons échangé dans le cadre de l'entretien n°29 trouve, enfin, que la réalisation de ses soins, dont l'absence a eu de nombreuses conséquences sur sa vie familiale et sociale notamment, « *lui change la vie* ».

A côté de cela, suite à la réalisation des soins auxquels ils renonçaient, plusieurs personnes expliquent, comme cela avait été le cas dans le cadre de l'évaluation initiale, être de nouveau en capacité de se projeter dans l'avenir et/ou d'avancer dans leur vie. Certains entretiens montrent ainsi que le fait d'avancer sur le terrain des soins et de la santé peut permettre aux assurés d'aller de l'avant dans d'autres pans de leur vie.

Au cours de l'entretien n°15, la femme que nous contactons déclare : « *j'ai repris goût à la vie même si j'ai encore un problème de santé* ». Pour une autre femme (entretien N° 19), pouvoir faire les soins longtemps renoncés a été « *vital* ». Une autre personne (entretien N° 7) dit qu'au-delà des aides dont elle a bénéficié (exceptionnelle et ACS), l'accompagnement « *l'a remobilisée* » et l'a en outre aidée à « *accepter* » l'ACS alors qu'elle n'en voulait auparavant pas. Enfin, la femme avec laquelle nous avons échangé lors de l'entretien N° 4 s'exprime ainsi sur l'accompagnement : « *ça permet de booster* ».

6. Zoom sur la durabilité des effets : des incertitudes quant aux possibilités et aux modalités de l'accès aux soins pour l'avenir

L'une des questions qui se posait dans l'évaluation initiale concernait la capacité de la PFIDASS à renforcer l'autonomie des personnes pour accéder, à l'avenir, aux droits maladie et aux soins. Dans quelle mesure le passage par la plateforme permettait-il aux personnes de mieux se débrouiller par la suite en la matière ? S'il s'agit d'aider les assurés à faire face aujourd'hui à leur(s) renoncement(s), l'objectif d'un dispositif tel celui de la PFIDASS est aussi de prévenir la survenue de nouvelles difficultés en matière de soins. La question de la durabilité des effets se pose toujours dans le cadre de la présente évaluation.

6.1. Quelle autonomie des personnes pour accéder, plus tard, aux droits et aux soins ?

Comme nous l'avons déjà écrit, l'accompagnement PFIDASS a permis à un nombre certain d'assurés de découvrir l'existence d'aides financières et/ou de dispositifs en matière de complémentaire. C'est en particulier le cas des personnes interrogées dans le cadre des entretiens n°10, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28 et 29. Un homme (entretien n°21) a quant à lui découvert la possibilité de bénéficier d'un

contrat collectif par le biais de son employeur. Une partie de ces personnes paraît rassurée de savoir que de tels dispositifs existent en cas de besoin et se sent capable de venir à nouveau les demander si nécessaire.

Certaines des personnes interrogées bénéficient en outre pour la première fois de l'ACS ou de la CMU C et trouve que cela facilite leur accès aux soins. Pourtant, toutes n'ont pas précisément compris à quoi ces dispositifs leur donnent droit. Au cours d'un entretien, nous avons notamment pu nous apercevoir qu'une femme n'avait pas conscience qu'en ayant un contrat labellisé ACS, elle n'avait plus d'avances de frais à faire (entretien n°22). Elle explique donc continuer à établir des priorités entre les soins dont elle a besoin, procéder à des arbitrages budgétaires, demander à certains praticiens de ne pas encaisser immédiatement ses chèques pour pouvoir faire face à ses frais médicaux. De telles incompréhensions peuvent venir remettre en cause l'effectivité de l'aide que ces dispositifs sont censés apporter.

Par ailleurs, les entretiens réalisés montrent que certains des assurés n'ont pas compris en quoi avait consisté concrètement l'aide apportée par la PFIDASS. C'est le cas notamment de l'homme interrogé dans le cadre de l'entretien n° 14. Il pense que cet accompagnement a permis de remettre en place la prise en charge de soins consécutifs à un accident du travail. Or la base informatique indique que la PFIDASS a été saisie pour l'aider à faire face à des frais de transport. C'est également le cas de la femme interrogée au cours de l'entretien n° 26. Elle a été accompagnée pour la réalisation de soins dentaires. Elle dit avoir perçu 133€ de la part de la CPAM mais elle ne sait pas s'il s'agit d'une aide financière ou des remboursements « normaux » des soins qu'elle a réalisés. 1000€ sont restés à sa charge. Durant cet entretien, elle dit que son interlocuteur de la PFIDASS lui avait indiqué qu'elle aurait dû attendre avant d'entamer ses soins et qu'elle aurait ainsi pu bénéficier d'une aide plus importante. Mais elle ajoute qu'elle ne pouvait pas attendre davantage. Elle ne sait pas pourquoi elle n'a été aidée qu'à hauteur de 133€. Elle pense que sa demande d'aide financière n'a peut-être pas été acceptée, que les délais de traitement des dossiers sont souvent longs. Comme l'avait souligné la précédente évaluation, l'existence d'incompréhensions de ce type peut maintenir une forme d'inconfort dans l'accès aux soins et empêcher, en outre, les personnes de demander à nouveau de l'aide à la CPAM. Dans ce contexte, le doute est par ailleurs permis quant à la capacité des personnes concernées à adresser à l'avenir leurs demandes aux offreurs de soins.

Cette nouvelle enquête a également permis de demander aux assurés interrogés si l'accompagnement dont ils avaient bénéficié leur a permis de mieux comprendre quels sont leurs droits maladie et comment les utiliser. 19 des 30 assurés en parcours aboutis trouvent que l'accompagnement leur a donné quelques clefs pour accéder aux soins. 11 répondent au contraire explicitement « non » à cette question. La femme interrogée dans le cadre de l'entretien n°4 précise sur ce point : « *l'administratif, c'est pas mon truc* ». Etre accompagnée par des agents de la CPAM a, selon elle, permis que ses soins soient pris en charge, mais elle dit ne pas savoir pourquoi, comment... Elle ajoute qu'elle ne sait toujours pas se débrouiller seule. Elle semble découragée. « *Y a des gens qui ne font jamais valoir leurs droits (...) je ne sais pas faire et je n'aime pas ça* ». Une femme (entretien n°17) répond ainsi : « *je n'ai jamais eu recours à ces choses-là (...) je ne sais toujours pas à quoi on a droit.* » Un autre homme (entretien 21) déclare être encore « *perdu* » par rapport à ses droits. Son discours laisse à penser que tous ses problèmes se sont résolus grâce à l'intervention de la CPAM et de son employeur. Il ne s'attribue aucune démarche ; certains de ses propos suggèrent qu'il ne pourra pas refaire de telles démarches par lui-même et seul.

6.2. Un sentiment de sécurité par rapport à la maladie et d'inclusion sanitaire accru ?

Comme cela était ressorti de la précédente évaluation, le fait de savoir qu'ils peuvent avoir accès à des aides financières et/ou qu'ils ont dorénavant une meilleure couverture complémentaire peut accroître, pour certains, le sentiment de sécurité face à la maladie. Ainsi, au cours de l'entretien

n°28, Mme déclare que, grâce aux nouvelles garanties dont elles disposent dans le cadre de son contrat de complémentaire labellisé ACS, son accès aux soins est facilité. Elle dit à ce propos : « *c'est génial* », « *ça permet de se faire soigner* ». Une autre femme (entretien n°15) bénéficie, suite à son accompagnement, de la CMUC. Elle explique que sans ce dispositif, il lui serait impossible de réaliser tous les soins dont elle a besoin. Elle vient par exemple de prendre rendez-vous pour une consultation d'ophtalmologie. Elle dit n'avoir pas consulté depuis l'enfance. L'homme interrogé au cours de l'entretien n°29 dit quant à lui se sentir « *beaucoup plus sécurisé* » suite à son accompagnement. Il ajoute que, désormais, à propos des soins, il « *sai[t] qu'il y a toujours un moyen d'y arriver* ». Il a obtenu une aide financière ainsi qu'un prêt de la CPAM pour acheter des appareils auditifs dont il avait besoin depuis de nombreuses années. Il déclare qu'il a besoin de soins dentaires depuis deux ans maintenant. Il projette de demander une nouvelle aide financière pour les réaliser lorsqu'il aura terminé de rembourser son prêt.

En permettant aux assurés accompagnés de disposer d'une protection de base et d'une couverture complémentaire adaptée à leur situation, en leur donnant en outre les clefs pour comprendre comment utiliser ces droits, l'accompagnement peut ainsi permettre aux personnes de « rattraper » plusieurs soins, au-delà de celui auquel elles avaient déclaré renoncer. De plus, le fait de savoir maintenant « vers qui se tourner » en cas de difficultés pour se soigner peut les rassurer par rapport à l'avenir.

Mais beaucoup d'autres personnes accompagnées restent inquiètes. Ainsi, une femme (entretien n°30), qui bénéficie désormais de la CMUC, s'angoissent déjà de ne pas avoir le temps de réaliser toutes les consultations dont elle a besoin d'ici la fin de ses droits. Certains assurés sont conscients que leurs droits nouvellement acquis devront être renouvelés au bout de 12 mois. Si leur problème de renoncement est résolu pour l'heure et, plus globalement, si leur accès aux soins est facilité dans l'immédiat, ils savent que cela peut être remis en question au bout d'un an. C'est le cas notamment des personnes interrogées dans le cadre des entretiens n°8, 19 et 30.

Certaines personnes ont bénéficié d'aides financières exceptionnelles qui leur ont permis de résoudre le, ou les, renoncement(s) qui avaient initié la saisine de la PFIDASS. Mais elles tiennent à préciser que cela n'a en rien modifié leur accès plus global aux soins. Ainsi, une femme interrogée dans le cadre de l'entretien n°18 déclare qu'elle n'a pas le sentiment que les soins sont, après cet accompagnement, plus accessibles pour elle. Elle explique notamment qu'elle aurait besoin de consulter un gynécologue, un ophtalmologue, mais dit qu'elle ne peut pas se le permettre. Ces consultations sont trop chères pour elle ; elle ne peut notamment pas régler les dépassements d'honoraires. Elle dit repousser ces soins depuis longtemps. Elle a également besoin de lunettes, mais elle ne peut pas non plus en acheter, sa complémentaire santé ne prenant en charge qu'une petite partie des frais. Une autre femme (entretien n°12) a obtenu une aide financière pour l'aider à payer un appareil dentaire. Mais elle fait le constat que « *cela reste compliqué* » de se faire soigner lorsqu'elle en a besoin. Si l'accompagnement a résolu le problème pour les soins dentaires, elle en rencontre toutefois d'autres. Elle dit se restreindre sur tout pour pouvoir faire face. Elle sait que c'est un cercle vicieux : en se restreignant, elle mange moins bien et son état de santé s'en ressent. Ainsi que l'avait noté l'évaluation initiale de la PFIDASS, le renoncement aux soins s'inscrit bien souvent dans un ensemble d'autres privations qui ne sont pas sans conséquences pour les personnes concernées⁸.

Depuis la fin de leur accompagnement, de nouveaux renoncements ont ainsi pu apparaître pour certaines personnes. Au travers de l'entretien n°6, nous avons dialogué avec une femme qui a été accompagnée par la PFIDASS pour l'accès à des consultations chez un médecin généraliste et chez un spécialiste. Quand nous la contactons, Mme ne nous parle que de soins dentaires, ce qui ne

⁸ Revil H. en collaboration avec P. Warin, op. cit., 2016.

correspond pas aux informations contenues dans son dossier et qui nous ont été transmises. L'ouverture de la CMU C, dans le cadre de son accompagnement, lui a effectivement permis de consulter son généraliste. Mais depuis, elle a besoin de soins dentaires. Elle sait d'ores et déjà qu'elle n'aura pas les moyens de faire face aux frais. Elle attend donc d'avoir consulté un dentiste qui lui fournisse un devis pour reprendre contact avec la CPAM et voir ce qui est envisageable. Comme cette personne, d'autres assurés insistent sur le fait qu'ils seront de nouveau en difficultés s'ils doivent encore faire face à des soins coûteux. C'est le cas d'une femme qui a notamment bénéficié d'une aide financière pour l'achat de lunettes (entretien n°7). Au cours de l'entretien, elle déclare qu'elle se trouvera face aux mêmes difficultés la prochaine fois qu'elle devra en changer.

Dans quelques cas, le passage par la PFIDASS n'a en outre pas permis de traiter le renoncement durablement. Par exemple, dans l'entretien n°17, nous avons interrogé une femme ayant bénéficié d'une aide financière pour prendre en charge le suivi psychothérapeutique dont elle avait besoin. Lorsque nous l'appelons, l'aide financière permet encore de couvrir les frais des 4 prochaines séances, soit deux mois de traitement. Mme ne sait pas comment prendre en charge la suite du suivi, elle espère qu'elle n'en aura plus besoin.

Nous avons précisé dans le rapport d'évaluation initiale que les assurés pour lesquels le sentiment d'inclusion sanitaire s'était, selon eux, accru, étaient bien souvent ceux pour lesquels une évolution dans la situation personnelle était possible. C'était en effet le cas de personnes qui étaient encore en âge de travailler et qui recherchaient un emploi, de jeunes qui commençaient tout juste leur vie professionnelle... Nous avons alors fait l'hypothèse que c'était aussi parce que ces personnes envisageaient une amélioration de leur situation par rapport à l'emploi et donc une possible évolution de leur situation financière que des perspectives positives en matière de soins se dessinaient. A contrario, il ressortait des entretiens initiaux que, les personnes pour lesquelles la perspective de connaître une évolution positive de leurs revenus n'était pas présente, étaient celles qui, après l'accompagnement, disaient avoir l'impression de ne toujours pas pouvoir accéder aux soins. Dans ce contexte, même si ces personnes reconnaissent l'importance et l'utilité de l'aide qui leur avait été apportée par la PFIDASS, les soins leur paraissent encore et toujours inaccessibles, et ce principalement parce qu'elles pensaient ne pas pouvoir en assumer les coûts.

Ces constats paraissent toujours d'actualité suite à cette seconde évaluation. Au-delà de la levée des obstacles financiers à un moment T, la question qui se pose est donc bien celle de l'accès financier aux soins sur le moyen et le long terme. C'est le cas quand la situation financière des assurés ne changera a priori plus, nous venons de l'évoquer, mais aussi lorsque la reprise d'un emploi est incertaine et/ou quand l'emploi occupé par les personnes est fragile ou peu rémunérateur.

6.3. Quand la qualité des soins réalisés est questionnée

L'évaluation initiale avait enfin insisté sur le fait que, même si l'accompagnement par la PFIDASS se passe bien, même si les obstacles objectifs sont levés, il arrive que les personnes abandonnent leur parcours vers les soins (ou leur traitement), mais aussi que leurs besoins de soins soient *in fine* plus compliqués que prévu à prendre en charge par les professionnels de santé. Si objectivement tous les feux paraissent au vert pour réaliser les soins, certains éléments peuvent en fin de compte ressurgir et venir compliquer leur mise en place. Les cas d'une femme et d'un homme rencontrés en entretien, dans le cadre de la première enquête, participaient de ces situations complexes à solutionner d'un point de vue médical et qui font que, même si l'accès aux soins est possible, leur réalisation est parfois problématique ; la qualité des soins peut parallèlement parfois poser question⁹.

⁹ Pour plus d'informations sur ces cas, voir Revil H., en collaboration avec P. Warin, op. cit., 2016, p. 112.

Là encore, la présente enquête rejoint la précédente ; nous avons ainsi interrogé une femme (entretien n°26) à qui les soins dentaires, qu'elle a pu réaliser grâce à l'accompagnement PFIDASS, ne donnent pas satisfaction. Elle explique qu'elle rencontre un problème de « cicatrisation ». De ce fait, le bridge que le dentiste a réalisé et posé, n'est pas stable. Les dents de cette femme bougent. Son dentiste ne comprend pas pourquoi elle rencontre ce problème. Elle a réalisé des examens complémentaires mais pour l'instant, il n'y a aucune cause identifiée. Elle dit à ce propos : « *je ne m'en sors pas* ». A aucun moment cependant, elle n'évoque la possibilité de rappeler l'agent qui l'a accompagnée pour lui faire part de ce problème. Sa situation lui semble totalement bloquée pour l'instant.

7. Le rapport des assurés à la CPAM et leurs représentations sur l'institution

Dans les entretiens de l'évaluation initiale, les personnes qui avaient été accompagnées par la PFIDASS parlaient, pour certaines d'entre elles et concernant la CPAM, d'une institution qui avait changé et exprimaient le fait que ce changement pouvait être important pour faire face aux difficultés de la vie.

7.1. Des représentations qui évoluent pour certains assurés seulement

Dans la présente évaluation, cette affirmation semble moins partagée. Quelques assurés soulignent confient tout de même que les quelques représentations qu'ils avaient en tête concernant la CPAM se sont avérées erronées. L'entretien N° 16 a par exemple permis d'échanger avec une femme qui, pour parler de la CPAM, utilisait l'expression suivante : « *un environnement anxigène* ». Elle déclare lors de nos échanges : « *Avant, j'avais la hantise d'aller à la sécu* ». Elle redoutait notamment les « *visites de contrôle* » qu'elle devait effectuer au Service médical. Il se trouve que c'est le médecin conseil, qu'elle a rencontré il y a quelques mois, qui l'a orientée vers la PFIDASS. Au terme de l'entretien, elle explique : « *Finalement, je suis ravie d'avoir été à ce fameux contrôle, alors que j'étais terrorisée ce jour-là* ». Une autre femme, interrogée au cours de l'entretien N° 17, pensait que la CPAM était « *une institution froide* ». Elle souligne, lors de nos échanges, que la Caisse primaire s'est finalement révélé « *plus humaine* » qu'elle ne l'imaginait.

Certaines personnes n'avaient en l'occurrence jamais ou rarement été en contact direct avec la CPAM et avaient par conséquent peu de représentations concernant le service rendu par une Caisse primaire. Ainsi, l'homme que nous avons interrogé dans le cadre de l'entretien N° 13 indique qu'il n'avait pas de représentations du rôle ou du fonctionnement de cette institution. En ce sens, l'accompagnement dont il a bénéficié n'a pu modifier le regard qu'il porte sur celle-ci. Dans d'autres cas, l'accompagnement a permis aux assurés de mieux se représenter le rôle d'une CPAM. L'entretien N° 11 montre notamment que l'homme interrogé a découvert le fait que la CPAM pouvait être un « *pourvoyeur* » de différentes aides.

L'évaluation initiale avait permis de remarquer qu'en approchant les difficultés d'accès aux soins par la question du renoncement et en prenant au sérieux les besoins de soins déclarés comme non-satisfaits par les assurés, la CPAM « regardait » autrement ses publics et opérait parallèlement un décalage par rapport à ses cibles d'action habituelles ; ce faisant, elle pouvait tout à la fois compléter et affiner le service qu'elle apportait déjà à certains assurés, mais également faire entrer dans son champ d'intervention des personnes qui, auparavant, se tenaient à distance de l'Assurance Maladie ou qui risquaient de s'en éloigner de plus en plus.

L'évaluation en continu montre que cela se vérifie ; sans la détection de leur renoncement et sans l'intervention de la PFIDASS, plusieurs personnes, pourtant éligibles à des aides, ne seraient pas venues demander quoique ce soit à la Caisse primaire. Un homme (entretien n°8) pensait par exemple faire partie « *de ceux qui n'ont droit à rien* ». Une femme (entretien n°19) ne savait quant à elle pas qu'elle pouvait avoir droit à la CMU C ; elle dit que lorsqu'elle travaillait, elle « *n'était pas concernée* » et qu'elle n'aurait pas déposé une demande d'elle-même si l'agent de la CPAM ne l'y avait pas incitée. Elle était convaincue qu'elle n'était pas éligible.

7.2. Une majorité d'assurés qui pense que le service rendu par la CPAM n'a globalement pas changé

Comme nous l'avons déjà écrit, cette enquête révèle notamment qu'une part non négligeable des personnes accompagnées par la PFIDASS n'a pas identifié avoir été aidée dans le cadre d'un service particulier, innovant et local. La quasi-totalité des personnes en « parcours abouti » a en revanche clairement identifié l'accompagnant à qui elle a eu à faire et cite aisément son nom. Par ailleurs, les modalités d'aide développée par la PFIDASS, c'est-à-dire le fait de bénéficier d'un suivi rapproché, d'avoir un interlocuteur unique, de pouvoir le contacter facilement, sont largement plébiscitées par les assurés. De ce fait, une part non négligeable des personnes interrogées dans le cadre de cette évaluation accorde un grand crédit à l'agent qui a conduit l'accompagnement, voire au service de la PFIDASS lorsque les personnes l'ont identifié, mais pas forcément à la CPAM elle-même.

D'autres personnes, qui ont identifié la PFIDASS comme un service particulier au sein de la CPAM, ont apprécié l'aide dont elles ont bénéficié dans ce cadre, sans pour autant changer de regard sur la caisse. Elles considèrent par exemple que ce service est à l'écoute des assurés mais que cela n'est pas forcément le cas du reste de l'institution. Ainsi, au cours de l'entretien n°9, une femme nous confie qu'elle a l'impression d'avoir bénéficié, avec l'accompagnement, d'un « *traitement privilégié* ». Elle explique que son emploi d'agent d'accueil la met en contact avec des personnes rencontrant des difficultés pour accéder aux soins. Elle est en outre souvent en situation d'aider des personnes à demander la CMU C et l'ACS. D'expérience, elle sait que c'est parfois très compliqué de constituer le dossier de demande, de remplir le formulaire... Elle dit que souvent, certaines personnes se découragent notamment parce que l'accueil à la CPAM « *n'est pas toujours très bon* ». Cette femme est donc d'autant plus étonnée de l'accueil et de l'accompagnement dont elle a bénéficié à la Caisse primaire. Elle doute cependant que tous les assurés reçoivent la même considération. De même, la femme interrogée dans le cadre de l'entretien n°30 pense que le service qui lui est venu en aide est à l'écoute des assurés et de leurs difficultés. Mais, s'agissant de l'institution dans sa globalité, elle dit : « *ça reste difficile de les joindre, c'est très long, ça reste compliqué* ».

Quelques personnes, enfin, n'accordent pas de crédit supplémentaire à l'institution après leur accompagnement, et ont, en outre, l'impression que leur relation avec celle-ci sera moins bonne après l'accompagnement qu'avant. Un homme (entretien n°5), insatisfait de l'accompagnement dont il a bénéficié, dit ainsi que suite à cela, le lien de confiance avec la CPAM s'est rompu. Une femme (entretien n°6) considère, pour ce qui la concerne, que la CPAM n'est toujours pas à l'écoute des assurés. Elle considère que, dans son cas, la caisse a seulement reconnu et remédié à une erreur en lui proposant d'être accompagnée.

Parmi les 30 personnes interrogées, 4 personnes disent, quant à elles, être satisfaites de l'aide dont elles ont bénéficié, mais considèrent que cela est entièrement dû à l'agent qui les accompagnait. Un homme (entretien n°2) déclare que la CPAM n'est « *pas du tout* » à l'écoute des assurés. Son regard sur la caisse n'a pas changé suite à cet accompagnement. Il considère que l'agent qui l'a aidé est une « *exception* » dans l'institution. Il pense que le jour où il a été mis en contact avec lui *était* « *un jour de chance* ». La veille, il aurait, selon lui, sans doute eu affaire à quelqu'un d'autre qui l'aurait moins aidé. Une femme (entretien n° 4) affirme que c'est l'agent qui l'a accompagnée et sa personnalité qui lui ont permis d'être aidée : « *je pense qu'il y a certains humains qui prennent plus en compte les*

autres ». A propos de la CPAM, elle dit : « *L'organisation en elle-même est franchement pourrie* ». Une autre femme (entretien n° 28) pense que son interlocuteur était à son écoute. Sa manière de percevoir la CPAM n'a, pour autant, pas changé suite à cet accompagnement. Enfin, un homme (entretien n°29) dit d'abord que la CPAM est à l'écoute des assurés et qu'elle prend en compte leurs difficultés d'accès aux soins. Puis, il ajoute que c'est surtout le cas de l'agent qui l'a accompagné : « *avec le standard, c'est différent (...) avec un autre, c'est pas sûr que ce soit pareil* ».

8. Zoom sur des accompagnements clôturés pour d'autres motifs que la réalisation des soins

La présente enquête a permis d'interroger 10 personnes présentant des parcours qualifiés de « non aboutis ». En d'autres termes, ces accompagnements n'ont pas été clos parce que les situations de renoncement étaient résolues ou en voie de l'être. Les entretiens n°1' et 2' ont été réalisés avec des personnes dont l'accompagnement a été clôturé pour le motif suivant : « plus de renoncement en cours d'accompagnement ». Les entretiens n°3', 4', 7', 8' et 9' concernent des personnes avec lesquelles le contact a été rompu. Le motif indiqué dans la base informatique est « absence de réponse ». Enfin les entretiens n°5', 6' et 10' portent sur des personnes qui ont « refusé » d'être accompagnées par la PFIDASS, en début ou en cours de parcours.

Avant d'entrer dans l'analyse de ces situations, il est important de préciser à nouveau que, tout comme cela a été le cas d'assurés en parcours aboutis, 2 personnes en parcours non aboutis n'ont pas compris immédiatement l'objet de l'entretien, notamment parce qu'elles n'avaient pas l'impression d'avoir bénéficié d'un service spécifique de la part de la CPAM ou d'avoir été aidées par leur interlocuteur (entretiens n°3' et 6'). Après quelques précisions données par l'enquêteur, ces personnes ont fait le lien entre « l'accompagnement » évoqué par l'enquêteur et le fait qu'elles aient été en contact avec des agents de la CPAM.

Une de ces personnes (entretien n°6', femme, 66 ans, seule, retraitée) dit toutefois ne pas avoir été aidée par la CPAM dans la mesure où, étant en conflit avec son organisme complémentaire, la résolution de ses difficultés d'accès aux soins était délicate et où l'agent avec lequel elle était en contact lui proposait une solution avec laquelle elle était en désaccord.

L'autre personne (entretien n°3', femme, plus de 60 ans, seule), bien que n'ayant pas conscience d'avoir bénéficié d'un accompagnement spécifique et déclarant ne jamais avoir été en renoncement à des soins dentaires (renoncement indiqué dans OGEDAS), dit tout de même avoir obtenu une complémentaire grâce aux échanges avec un « *jeune homme à Nîmes* ».

Si ces deux assurées ne comprennent pas l'objet de l'entretien, c'est notamment parce qu'elles n'ont pas le sentiment d'avoir été « accompagnées » par la CPAM. Elles reconnaissent avoir été en contact avec des agents de caisse, mais n'ont pas l'impression d'avoir été prises en charge dans le cadre d'un dispositif spécifique. Malgré cela, l'intervention de la PFIDASS a permis, dans l'un des cas, l'ouverture d'un contrat complémentaire et la réalisation d'une partie des soins renoncés ; dans l'autre cas, la personne attend d'être en contact avec un autre agent pour voir s'il peut lui proposer une autre solution que celle proposée par le premier agent.

Une troisième personne (entretien n°7', femme, 65 ans, seule, retraitée) qui, bien que comprenant immédiatement l'objet de l'entretien, n'a pas l'impression d'avoir été aidée dans le cadre d'un dispositif particulier par rapport à des renoncements aux soins.

Finalement, plus de la moitié des personnes en parcours non aboutis, a conscience d'avoir été prise en charge, pendant un temps, dans le cadre d'un service spécifique ou, tout du moins, ont identifié l'existence d'un « service » (au-delà des agents à qui ils ont eu affaire) et fait le lien entre celui-ci et leurs difficultés d'accès aux soins.

Mr (homme, 65 ans, en couple, retraité, entretien n°9') déclare, par exemple, avoir été aidé par un nouveau service de la CPAM. Il précise que ce service venait juste d'être mis en place. En ce qui concerne Mr (homme, 53 ans, seul, sans enfant à charge, entretien n°8') : il connaît le terme de PFIDASS et sait qu'il s'agit d'un service particulier au sein de la CPAM.

8.1. Etat de réalisation des soins, au moment des entretiens, pour les personnes en « parcours non aboutis »

En termes de réalisation des soins déclarés comme renoncés, où en sont, au moment de l'entretien, les personnes pour lesquels l'accompagnement PFIDASS n'a pas « abouti » ? En outre, comment s'y sont-elles prises pour se soigner en dehors de l'accompagnement ?

- 3 personnes ont réalisé les soins pour lesquels la PFIDASS avait été saisie (totalement ou en partie) ; pour ces personnes, la réalisation des soins n'est, de leur point de vue, pas liée à l'accompagnement (ou plutôt à la saisine de la) PFIDASS.
 - 1 personne (femme, 27 ans, en couple, un enfant à charge, entretien n°10') rencontre des difficultés financières passagères (en lien avec la perte d'emploi de son mari et le retard pris dans le versement de son allocation chômage), sa situation financière s'est désormais améliorée, la personne a pu assumer elle-même les RAC liés à l'achat de médicaments. Cette personne explique qu'elle bénéficie de l'ACS et a contracté un contrat C (elle en bénéficiait déjà avant d'être mise en relation avec la PFIDASS). Elle dit pouvoir se faire soigner lorsqu'elle en a besoin. Cette situation peut interroger la pertinence de la saisine de la PFIDASS ; il aurait peut-être été possible de « simplement » constituer un dossier d'ASS.
 - 1 personne a pris une complémentaire pour pouvoir réaliser les soins renoncés ou au moins une partie de ceux-ci : elle dit être toutefois toujours en difficulté pour assumer le paiement de certains soins (pour elle et ses enfants), à cause des avances de frais (femme, 47 ans, seule, 3 enfants à charge, entretien n°4'). Elle explique ainsi, lors de l'entretien, qu'elle vient de régler une facture de 310 euros pour les soins d'orthodontie de sa fille et ajoute : « *je suis à sec* ». Elle n'a donc entrepris aucun soin pour elle. Elle est inquiète : elle craint que ses problèmes dentaires ne dégénèrent.
 - Pour la troisième personne qui a réalisé les soins au moment de l'entretien (femme 18-24 ans, seule, sous tutelle, entretien n°1'), la question de la pertinence de la saisine peut d'emblée être posée ; celle-ci a été faite par un dentiste qui pensait que la personne pouvait bénéficier d'une aide financière de la CPAM pour réaliser des soins faisant suite à d'autres qui n'avaient pas été satisfaisants pour la patiente. Le motif de l'arrêt de l'accompagnement est « plus de renoncement en cours d'accompagnement », mais en écoutant la tutrice de la personne qui relate la situation lors de l'entretien téléphonique, il semble qu'il n'y ait jamais eu de renoncement. Le professionnel de la santé souhaitait-il profiter de l'existence de la PFIDASS pour faire financer les soins mis en place pour améliorer ceux prodigués en amont par un confrère ?
- 1 personne (femme, plus de 60 ans, seule, retraitée, entretien n°3') a réalisé une partie des soins dont elle disait avoir besoin au moment de la saisine de la PFIDASS ; bien que l'accompagnement n'ait pas abouti, il a permis de lever l'obstacle financier que la personne rencontrait, en lui

apportant une complémentaire. Mme ne ressent en outre plus certains des besoins de soins pour lesquels elles disaient renoncer et n'a donc pas consulté pour ceux-ci.

- 4 personnes ont continué « par elles-mêmes » leurs démarches pour réaliser les soins renoncés ou une partie d'entre eux ; toutes ne les ont pas encore réalisés au moment de l'entretien, certaines sont tout récemment entrées dans un processus de soins.
 - 1 personne (femme, plus de 60 ans, seule, sans emploi, entretien n°5') a par exemple pris une complémentaire pour entamer ses soins dentaires, mais souligne le fait que les mensualités du contrat complémentaire lui coûtent chères ;
 - 1 autre (femme, 54 ans, en couple, deux enfants à charge, entretien n°2') a pris un RDV pour une consultation ORL et fait régulièrement des séances de kiné. Elles devraient prendre RDV pour d'autres soins (notamment en cardiologie) mais est épuisée par toutes ces démarches concernant sa santé ;
 - Comme c'est le cas pour cette femme, la réalisation de démarches pour accéder aux soins est également vécue difficilement par Mr (Homme, 53 ans, seul, entretien n°8') qui a rencontré, ces derniers mois, plusieurs praticiens pour tenter de faire réaliser ses soins dentaires. Il a en dernier recours adressé sa demande à l'hôpital. Il dit lors de l'entretien : « *Ils me demandent : qu'est-ce que vous voulez ? Je veux arrêter de souffrir et je ne veux pas rester édenté !* ». Il se sent désormais « *au pied du mur* » : « *je voudrais être écouté (...) je voudrais qu'il y en ait un qui prenne une décision* ». Il craint de ne pas trouver de situation globale à son problème et se dit « *paniqué* » à l'idée de ne plus avoir de dents.
 - 1 dernière personne (femme, 65 ans, seule, retraitée, entretien n°7') a fait réaliser plusieurs devis par des dentistes pour tenter de faire baisser le coût de ses soins dentaires ; elle a prochainement RDV avec un nouveau dentiste vers lequel une amie l'a orientée ;
- 2 personnes n'ont pas réalisé les soins pour lesquels la PFIDASS avait été saisie et ne pensent pas pouvoir le faire prochainement.
 - L'une d'entre elle (femme, 66 ans, seule, retraitée, entretien n°6') est prise en charge en ALD ; elle accède de ce fait à la plupart des soins dont elle a besoin mais ne peut en revanche pas financer les RAC découlant d'une opération non prise en charge au titre de l'ALD et que son organisme complémentaire refuse de prendre en charge (personne en conflit avec son OC – nous y reviendrons) ;
 - L'autre personne (homme, 65 ans, en couple, retraité, entretien n°9') dit ne pas pouvoir assumer le RAC de ses soins dentaires (« *Sauf si je gagne au loto* ») ; sa demande d'aide financière, effectuée dans le cadre de l'accompagnement PFIDASS, a été refusée.

8.2. Plusieurs personnes pensent être encore accompagnées par la PFIDASS

Il paraît important de noter que 2 des 4 personnes qui ont continué leurs démarches pour mettre en place les soins dont elles ont besoin et 1 des 2 personnes qui dit ne pas pouvoir réaliser prochainement leurs soins pensent être encore accompagnées par la PFIDASS.

Mme (femme, 65 ans, seule, retraitée, entretien n°3') déclare par exemple, lors de l'entretien, qu'elle n'a pas souhaité mettre un terme à son accompagnement. Elle pense que la PFIDASS a eu des difficultés pour la joindre car son téléphone est vieux. Sa batterie se décharge très rapidement et il s'éteint. Mais elle n'a pas les moyens de le remplacer. Elle a, nous déjà l'avons souligné, poursuivi ses démarches vers les soins et dit avoir rendez-vous chez un nouveau dentiste la semaine qui suit

l'entretien. Celui-ci lui a été recommandé par une amie, elle s'y rend en toute confiance. Elle explique aussi qu'il réalisera les appareils lui-même. Elle pense donc que la facture sera probablement moins élevée. Lorsqu'elle aura un devis, elle dit qu'elle fera une nouvelle demande d'aide financière auprès de la CPAM.

Mr (homme, 53 ans, seul, entretien n°8'), qui a rencontré de lui-même plusieurs praticiens pour tenter de faire réaliser ses soins dentaires, n'a pas non plus, selon lui, souhaité mettre un terme à son accompagnement au sein de la PFIDASS. Il a pu ne pas entendre son téléphone. Il a par ailleurs changé d'adresse il y a peu. Mr se souvient toutefois avoir reçu un courrier lui indiquant que son accompagnement était « *fermé* », mais dit ne pas avoir compris.

Mme (femme, 66 ans, seule, retraitée, entretien n°6') n'a pas conscience que son accompagnement est terminé. Elle dit avoir demandé un nouveau rendez-vous à la PFIDASS il y a deux mois. Elle attend toujours que quelqu'un la rappelle. Elle pensait d'ailleurs que c'était l'objet de l'appel de l'enquêteur.

Ces 3 personnes paraissent ainsi ne pas avoir interprété « l'arrêt » de l'accompagnement comme étant définitif et/ou comme un abandon de leur part ; leurs propos montrent d'ailleurs qu'elles n'ont pas le sentiment que leur accompagnement est clôt (même l'homme qui a reçu un courrier lui indiquant que son accompagnement était clôturé).

2 de ces personnes (femme, 65 ans, seule, retraitée, entretien n°3' et homme, 53 ans, seul, entretien n°8') trouvent en outre que la PFIDASS leur rend un service aidant. Elles pensent d'ailleurs reprendre contact avec leur accompagnant quand elles auront avancé dans leurs démarches (obtention d'un nouveau devis et/ou d'un nouveau plan de traitement).

La troisième personne (femme, 66 ans, seule, retraitée, entretien n°6') attend quant à elle que la PFIDASS reprenne contact avec elle. En désaccord avec la solution que lui proposait son accompagnant pour résoudre ses difficultés d'accès aux soins (un changement de complémentaire parce que Mme est en conflit avec l'OC dans lequel elle a un contrat en cours ; Mme s'oppose à l'idée de changer de complémentaire. Elle dit à propos de son accompagnant : « *Mme ... a conclu que j'avais tort !* »). Cette femme dit avoir demandé à rencontrer un autre professionnel : « *Je me suis dit que ce serait peut-être mieux avec M ...* ». Elle pense donc qu'un autre agent de la PFIDASS va prochainement l'appeler pour poursuivre l'accompagnement. Il semble que l'opinion de cette femme concernant la CPAM dans son ensemble, découlant de relations avec l'institution qu'elle juge difficiles, attise le rejet de la solution proposée par l'accompagnant. Mme poursuit ainsi l'entretien en déclarant : « *je n'ai jamais été aidée !* ». Elle explique alors qu'elle a rencontré, par le passé, une assistante sociale à la CPAM. Elle dit avoir, en premier lieu, attendu une heure avant que celle-ci n'accepte de la recevoir. Puis l'aide financière qu'elle demandait ne lui a pas été accordée : « *personne ne prend en compte que je suis une retraitée invalide* ».

8.3. Raisons et explications de « l'arrêt » des accompagnements, du point de vue des personnes concernées

S'agissant des 7 personnes qui « reconnaissent » ne plus être accompagnées, qu'elles aient ou non réalisé les soins qui avaient fait l'objet d'une saisine de la PFIDASS, plusieurs raisons se côtoient pour expliquer, selon elles, « l'arrêt » de leur accompagnement.

- La solution proposée par la PFIDASS ne correspond pas à leurs besoins et/ou l'interprétation faite de leur situation ne semble pas faire sens pour elles :

- L'accompagnement de Mme (femme 54 ans, en couple, deux enfants à charge, entretien n°2') visait la prise en charge de séances de sophrologie en groupe alors que la personne dit avoir exprimé des difficultés à être en relation avec autrui. Elle raconte, lors de l'entretien, qu'elle est dépressive, qu'elle a beaucoup de mal à sortir de chez elle, à aller vers les autres. Pour résumer sa situation, elle dit : « *j'ai la hantise des choses* » ; cette personne ne paraît en outre pas en difficulté financière pour financer ses soins et dispose, de son point de vue, d'un bon contrat complémentaire par l'intermédiaire de son mari. Les obstacles qu'elles rencontrent sont, selon elles, plutôt en lien avec ses difficultés à se déplacer et relatifs à son épuisement face aux soins. Dans ce contexte, elle ne comprend pas pourquoi la CPAM veut l'aider à financer des séances de sophrologie, elle ne voit pas en quoi cela pourrait l'aider par rapport à ses pathologies.
- Les personnes ont l'impression que ce service n'est pas pour « elles » et/ou qu'il ne peut apporter une solution à leurs difficultés :
 - Mr (homme, 65 ans, en couple, retraité, entretien n°9') a par exemple eu un refus d'aide financière dans le cadre de son accompagnement ; il n'a, par conséquent, pas donné suite car il a conclu, suite au refus, que la PFIDASS ne s'adressait « *qu'à des gens moins riche que lui* ». Il n'a parallèlement plus souhaité être accompagné parce que les autres solutions proposées par l'accompagnant (suite au refus d'aide financière) ne faisaient pas sens pour lui. Il lui avait été conseillé de consulter un autre dentiste, qui pourrait lui faire un devis moins élevé. Mais pour cela, Mr aurait dû se déplacer jusqu'à Nîmes. Il explique qu'il évite d'avoir à se déplacer régulièrement, et qu'il fait attention à son budget. Il n'a donc pas consulté d'autre dentiste et insiste sur le fait que cela aurait été vraiment trop compliqué de changer de praticien.
 - Des personnes se sont découragées face aux démarches à mettre en œuvre pour avancer vers la réalisation des soins ; le « terreau » du découragement peut être de différentes natures (autres préoccupations, anticipation du fait de ne pas avoir droit, ...) :
 - Mme (femme, 27 ans, en couple, un enfant à charge, entretien n°10') dit qu'elle craignait de ne pas réussir les démarches pour obtenir une aide financière ; elle explique qu'elle s'est découragée face au dossier qu'elle devait compléter et renvoyer avec un certain nombre de pièces justificatives. Il lui fallait notamment retourner à la pharmacie pour demander des factures. Elle devait aussi demander à son médecin qu'il atteste de la nécessité pour elle de suivre ce traitement. Elle déclare lors de l'entretien : « *J'ai lâché l'affaire ! Au téléphone, ça paraissait simple mais une fois que je l'ai reçu...* ». Elle précise en outre, qu'à ce moment-là, elle avait d'autres préoccupations : elle était enceinte, son mari avait perdu son emploi. Nous retrouvons ici une des raisons qui avaient été avancées dans le cadre de l'évaluation initiale pour expliquer certains abandons d'accompagnement¹⁰ ; le découragement peut ainsi être lié au fait que les personnes ont d'autres préoccupations, d'autres problèmes auxquels elles doivent faire face dans leur vie au moment où l'accompagnement a lieu.
 - Le découragement peut également découler du fait que les personnes anticipent le résultat de certaines démarches, pensant que celles-ci n'aboutiront pas positivement. Mme (femme seule, 47 ans, 3 enfants à charge, entretien n°4') dit par exemple, à l'occasion de l'entretien, « *qu'ils n'ont jamais droit à rien* », qu'ils ne sont « *pas assez pauvres* ». Dans ce contexte, elle s'est convaincu qu'elle n'aurait pas droit à l'ACS pour laquelle elle a, en l'occurrence, déjà eu un refus par le passé. Anticipant la lourdeur du dossier à constituer et persuadée qu'elle n'aurait, au bout du compte, pas droit à cette aide, elle a préféré mettre un terme à

¹⁰ Pour plus de précisions sur ce point, voir Revil H. en collaboration avec P. Warin, op. cit., 2016 ? p. 108.

l'accompagnement. Mme pense en l'occurrence que, dans la plupart des cas, les difficultés d'accès aux soins sont dues à une inadaptation du système de protection maladie aux réalités financières des usagers, notamment pour ceux qui ont de « *petits salaires* ».

8.4. Des assurés en « parcours non aboutis » qui soulignent la qualité relationnelle des accompagnants, mais qui doutent, pour certains, de leur capacité d'action

Plusieurs des assurés pour lesquels les accompagnements n'ont pas abouti se sont d'eux-mêmes exprimés sur l'accompagnement, la PFIDASS, les accompagnants. Leurs propos, qui témoignent du fait qu'ils ont apprécié la qualité relationnelle des accompagnants, noté leurs compétences, et qui, dans certains cas, traduisent même leur vision positive de la CPAM, rejoignent bien souvent ceux des personnes en parcours aboutis.

Mme (femme, 54 ans, deux enfants à charge, entretien n°2') dit, dès les premières minutes de l'entretien, que « *la sécu a été très gentille* ». A propos de son interlocutrice, elle ajoute : « *C'était une dame très bien (...) elle s'est très bien occupée de moi* ». Mr (homme, 53 ans, seul, entretien n°8') déclare lui aussi que son interlocuteur était « *un monsieur très gentil* » et indique qu'il s'agissait d'une personne « *très pertinente* ».

Pour autant, les propos de certains assurés laissent penser qu'ils doutent de la capacité d'action des accompagnants et, plus globalement, de la PFIDASS. Ainsi, Mr (homme, 65 ans, en couple, retraité, entretien n°9') dit à propos de son interlocuteur : « *c'était un jeune, très gentil... mais ses pouvoirs sont limités* ».

Les quelques personnes qui doutent des capacités d'action des accompagnants, voire de la PFIDASS, sont notamment celles qui, lorsqu'on les interroge sur les raisons des difficultés d'accès aux soins en France, pensent que ces difficultés sont principalement dues à une inadaptation du système de protection maladie aux réalités financières des usagers. Mr cité ci-dessus (homme, 65 ans, en couple, retraité, entretien n°9') regrette par exemple que les remboursements de la Sécurité Sociale soient de moins en moins importants. Pour lui, le niveau de protection fourni par la Sécurité sociale est insuffisant, notamment en ce qui concerne les soins dentaires et l'optique.

8.5. Des assurés qui, globalement, plébiscitent les modalités de l'accompagnement ; quelques-uns qui les questionnent

Nous avons vu, un peu plus tôt dans ce rapport, que les personnes en parcours aboutis ont, pour une majorité d'entre elles, apprécié le fait d'être contactées régulièrement par l'accompagnant PFIDASS et d'avoir un interlocuteur unique. Ces points apparaissent également dans la plupart des entretiens conduits avec des personnes en parcours non aboutis.

Mme (femme, 27 ans, en couple, un enfant à charge, entretien n°10') a apprécié d'être rappelée régulièrement. Plus globalement, elle dit à propos de l'accompagnement : « *c'était parfait* ». Une autre femme (47 ans, seule, trois enfants à charge, entretien n°4') a quant à elle apprécié le fait d'être toujours en contact avec la même personne, de ne pas avoir à expliquer plusieurs fois sa situation.

Nous avons toutefois noté, au travers des entretiens avec des personnes en parcours non aboutis, des points de vue divergents concernant le fait d'être accompagnées principalement par téléphone : pour certaines personnes, par exemple Mme (femme, 54 ans, en couple, deux enfants à charge, entretien n°4), cela a été « *facilitant* » ; Mme dit en effet avoir des difficultés à se déplacer, à sortir de chez elle.

Mais pour d'autres, notamment Mr (homme, 53 ans, seul, entretien n°8'), il existe un besoin d'échanges en face à face ; ce Mr, qui évoque par ailleurs la pertinence et la sympathie de son accompagnant, semble trouver que les échanges par téléphone ne permettent pas nécessairement d'assimiler les informations données. Il pense ainsi qu'il aurait été préférable pour lui d'avoir des rendez-vous à la CPAM. Il précise en outre que, lorsque l'accompagnant l'appelait, il n'était pas toujours en situation d'échanger, de noter les informations. Il ajoute : « *parfois les discussions sont un peu rapides, ce serait bien qu'ils prennent un peu plus de temps* ». Il dit avoir, en ce qui le concerne, besoin qu'on lui parle plus lentement pour qu'il puisse davantage retenir les informations qu'on lui délivre.

Conclusion

En résumé, cette évaluation « en continu » montre qu'un peu plus d'un assuré interrogé sur deux sait qu'il a été accompagné dans le cadre d'un service spécifique, même si tous ne sont pas capables de citer son nom au moment de l'entretien. C'est proportionnellement un peu moins que ce qui avait pu être constaté lors de l'évaluation initiale. On peut penser que cela est lié au fait que l'information donnée par les différents détecteurs sur la PFIDASS et sur les suites apportées à cette détection, est plus ou moins développée. De plus, les agents accompagnant les assurés prennent peut-être moins le temps d'explicitier le cadre dans lequel ils interviennent alors que la plateforme fonctionne maintenant depuis plusieurs mois.

Comme dans l'évaluation initiale, cette enquête montre que certaines personnes s'engagent dans un accompagnement parce que la proposition que la CPAM leur fait rend à nouveau envisageable la réalisation de soins dont elles ressentent la nécessité. Parmi les assurés ayant un parcours « abouti », nombreux sont ceux qui expliquent ne pas parvenir à résoudre leurs difficultés d'accès seuls et/ou ne pas avoir trouvé d'aide par ailleurs. Leur engagement est également lié à la confiance qu'ils accordent à l'agent qui les accompagne. En cela, le premier contact téléphonique revêt une importance particulière. Mais le fait d'avoir ici interrogé des personnes dont le renoncement a été signalé à la PFIDASS par des détecteurs externes, permet de montrer que leur engagement peut également être lié à la confiance qu'ils accordent à ce détecteur. Ce dernier est parfois un praticien de santé ou un professionnel du travail social, avec lequel ils peuvent être en relation depuis longtemps. Dans ces cas-là, l'aide proposée par la PFIDASS peut leur apparaître d'emblée comme pertinente et utile pour eux. Le fait que ce soit la CPAM qui entre en contact avec eux, et non l'inverse, est toujours un élément largement plébiscité par les assurés. Mais tous ne sont pas concernés, les détecteurs externes leur transmettant parfois directement les coordonnées de la PFIDASS.

Pour les assurés que nous avons interrogés, le fait d'avoir un interlocuteur unique, de pouvoir le joindre facilement et d'être en contact avec lui par téléphone sont des éléments qui participent de la réussite de leur accompagnement. Globalement, les assurés ont le sentiment d'être entendus, voire reconnus ; ils se sentent soutenus dans leurs démarches. D'autant que cette enquête montre que les agents de la PFIDASS savent faire preuve d'adaptation et adopter un positionnement différencié par rapport aux assurés, ce qui, souvent, leur permet de mener leurs démarches à leur terme.

Au final, un peu plus des deux tiers des renoncements qui avaient été signalés à la PFIDASS ont pu être levés : les soins ont été réalisés ou sont en passe de l'être. De nombreuses personnes indiquent qu'elles n'auraient pas été en capacité de faire ces soins sans l'aide apportée par la CPAM. Seuls quelques renoncements persistent après l'accompagnement, montrant que l'intervention de la PFIDASS ne suffit pas toujours pour lever tous les obstacles. Comme le signalait déjà l'évaluation initiale, il peut exister des freins sur lesquels il est compliqué d'agir dans le cadre d'un dispositif tel

que celui-ci. Ce peut-être des obstacles géographiques mais aussi psychologiques, des freins cognitifs sur lesquels la prise en charge développée par la PFIDASS n'a que peu de prise. C'est d'autant plus le cas que les assurés témoignent plus facilement aux accompagnants de leurs difficultés financières que de leurs peurs. Reste que la réalisation des soins apporte un soulagement physique et moral aux assurés concernés qui facilite leur projection dans l'avenir.

Au-delà de la réalisation des soins, les accompagnements apportent également des « gains intermédiaires » aux assurés ; gains venant consolider temporairement leur accès aux soins. Ainsi, 17 personnes ont bénéficié d'aides financières exceptionnelles. 15 personnes ont accédé à une couverture complémentaire ou obtenu une couverture plus adaptée. Bien souvent, ces personnes ont découvert l'existence de ces aides et leur éligibilité à l'occasion de cet accompagnement, ce qui contribue à les rassurer quant à leur possibilité de réaliser les soins dont elles auront besoin à l'avenir. De plus, certaines des personnes interrogées bénéficient pour la première fois de l'ACS ou de la CMUC. Elles considèrent que cela facilite leur accès global aux soins, tout au moins jusqu'au renouvellement des droits. Pour autant, les entretiens montrent qu'elles ne maîtrisent pas toutes le contenu exact de ces dispositifs d'aide. Cela peut évidemment venir remettre en cause leur effectivité. Certaines des personnes interrogées n'ont pas compris en quoi avait consisté l'aide de la PFIDASS. Toutes ne considèrent pas non plus que cet accompagnement leur ait permis de mieux comprendre quels sont leurs droits maladie et comment les utiliser. Ce sont autant d'éléments qui peuvent entraver leur accès aux soins à l'avenir. Par ailleurs, on observe que certains assurés restent inquiets quant à leurs possibilités d'accès aux soins à moyen et long termes. L'accompagnement dont ils ont bénéficié a pu leur permettre de résoudre le ou les renoncements qui avaient fait l'objet d'une saisine, sans que cela ne modifie toutefois leur accès global aux soins. Lorsque les assurés sont dans une situation économique fragile, lorsque l'emploi qu'ils occupent n'est pas durable, que cet emploi est peu rémunérateur, ou que la reprise d'un emploi est incertaine, lorsqu'il n'y a pas de perspective d'évolution de leur situation, la question de leur accès financier aux soins à moyen et long termes reste tout particulièrement posée.

L'évaluation initiale montrait que les assurés interrogés considéraient que la CPAM avait changé et que ce changement pouvait être important pour faire face aux difficultés de la vie. Cette affirmation semble moins partagée par les personnes contactées dans le cadre de cette dernière enquête. Certaines nous ont confié que leurs représentations de la CPAM se sont avérées erronées. D'autres ont pu mieux se représenter le rôle d'une CPAM. De plus l'accompagnement a permis à plusieurs personnes de se rapprocher de la CPAM alors qu'elles ne l'auraient pas fait d'elles-mêmes. Mais une majorité pense que ce service rendu n'a globalement pas changé la CAPM. In fine, il semble que les personnes interrogées accordent un grand crédit à l'agent qui les a accompagnées, voire à la PFIDASS, mais pas forcément à la CPAM elle-même.

Enfin, cette évaluation a permis d'interroger 10 personnes présentant des parcours inaboutis, c'est-à-dire qui n'ont pas été clos parce que le renoncement était résolu ou en voie de l'être. L'enquête montre que plus de la moitié d'entre eux a conscience d'avoir été pris en charge dans le cadre d'un dispositif spécifique. 3 personnes ont réalisé les soins dont elles avaient besoin. Elles considèrent que cela n'est pas lié à la saisine de la PFIDASS. 4 personnes continuent leurs démarches seules pour réaliser les soins. 2 des 10 personnes sont toujours en situation de renoncement et ne pensent pas pouvoir faire les soins dont elles ont besoin prochainement. Il paraît important de noter que 3 personnes pensent encore être accompagnées dans le cadre de la PFIDASS lorsque nous les contactons pour l'entretien. Elles n'ont apparemment pas souhaité mettre un terme à leur accompagnement. Pour les autres, 2 personnes n'ont pas poursuivi leur accompagnement parce qu'elles se sont découragées face aux démarches à effectuer. Une personne considère que ce service « n'est pas pour elle », qu'il ne peut lui venir en aide. Enfin, pour la dernière, la solution qui lui est proposée ne correspond pas à ce dont elle pense avoir besoin.

Ces entretiens réalisés auprès d'assurés ayant des parcours « inaboutis » permettent de voir que certains abandonnent leurs démarches parce qu'ils ne sont pas sentis écoutés ou reconnus dans leur besoin d'aide (alors même que ce sont des éléments largement plébiscités par les autres assurés). D'autres se découragent face à des démarches qui paraissent complexes, pour un résultat qu'ils jugent incertain ou ne présentant pas suffisamment d'intérêt pour eux. Enfin, il faut souligner le fait que la décision de clore l'accompagnement ne fait pas sens pour tous. Pour deux des personnes interrogées, il semble ainsi que ce soient des éléments purement contingents qui aient provoqué une « rupture de contact ».