

Présentation des travaux réalisés dans le cadre du programme de recherche de l’Odenore, en collaboration avec l’Assurance maladie, sur le renoncement aux soins et les effets des Plateformes d’intervention pour l’accès aux soins de santé (PFIDASS – désormais Missions accompagnement santé)

La collaboration entre l’Assurance Maladie et l’Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) sur le non-recours aux droits, le renoncement et l’accès aux soins a vu le jour il y a plusieurs années, sous l’impulsion de la Caisse primaire d’assurance maladie (CPAM) du Gard. C’est dans ce département qu’est né le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) couplant deux volets : une enquête par questionnaire et une par entretiens qualitatifs. L’enquête qualitative a été mise en œuvre en 2014 dans le Gard et, en 2015, dans les autres départements du Languedoc-Roussillon, permettant de construire un corpus d’environ 400 entretiens. Le volet quantitatif a pour sa part été déployé dans tous les départements de France métropolitaine via les caisses primaires entre 2014 et 2018. Au final, 158 399 questionnaires ont été passés auprès de personnes affiliées au régime général de l’assurance maladie obligatoire qui se sont rendues dans une CPAM ou dans des structures partenaires de la démarche du BRS durant les périodes d’enquête.

Les principaux objectifs du volet quantitatif du BRS sont les suivants : estimer des taux de renoncement ou report de soins pour les personnes assurées au régime général de l’Assurance maladie française interrogées dans l’enquête ; caractériser les situations selon leur durée et leur intensité ; caractériser les personnes concernées par au moins un renoncement ou report de soins dans les douze mois précédant l’enquête ; déterminer, le cas échéant, le type de soins concernés, les raisons des renoncements ou reports, et leurs conséquences pour les personnes. L’enquête du BRS documente ainsi les renoncements et reports de soins pour une population pour laquelle peu de données existaient jusque-là.

Le partenariat entre l’Odenore et l’Assurance Maladie porte également sur le déploiement des Plateformes d’intervention départementale pour l’accès aux soins et à la santé (PFIDASS), devenues en mars 2020 les Missions Accompagnement Santé (MAS), dont la première a vu le jour dans le Gard à la suite de la passation initiale du BRS². Dans ce cadre, l’Odenore analyse, par la réalisation d’enquêtes qualitatives mobilisant les méthodes des sciences sociales, les effets des plateformes pour leurs bénéficiaires ; les effets de leur mise en place sur l’organisation du travail et sur les pratiques professionnelles au sein des organismes locaux de l’Assurance Maladie ; leurs effets territoriaux, en particulier sur les relations entre acteurs des secteurs social et sanitaire.

Nous proposons ci-après un récapitulatif des travaux menés dans le cadre de cette collaboration Odenore/Assurance maladie, entre 2013 et 2020.

ETUDE AUPRES D'ASSURES DE LA CPAM DU GARD SOLLICITANT UNE AIDE FINANCIERE POUR DES SOINS DENTAIRES

Blanchet Nathalie, sous la direction de Warin Philippe.

Rapport pour la CPAM du Gard, Mai 2013, **38 p.**

Etude ODENORE n° 47.

Objectifs de l'étude

Cette étude s'intéresse aux personnes sollicitant un secours dentaire auprès de la CPAM et analyse les motifs qui conduisent certaines à ne pas utiliser l'aide financière attribuée par la caisse pour faire face à des frais dentaires importants. Ce faisant, il s'agit de comprendre ce qui peut conduire des personnes à reporter ou annuler leurs soins dentaires et, plus globalement, à renoncer à des soins. Ce travail questionne en parallèle la capacité de la CPAM à accompagner les publics qui en ont le plus besoin pour qu'ils utilisent effectivement les « offres » dont ils peuvent potentiellement bénéficier et, plus globalement, pour qu'ils ne renoncent pas à se soigner.

Terrain/méthodologie

Cette enquête repose sur les entretiens semi-directifs qualitatifs de 24 personnes ayant sollicité un secours dentaire en 2012 à la CPAM du Gard, dont 10 l'ayant utilisé, 9 n'en ayant pas fait usage malgré accord et 5 ayant eu un refus.

Résultats/principales conclusions

Les assurés bénéficiant de l'aide financière facultative de la CPAM sont en grande difficulté financière et n'auraient pas pu se soigner sans cette aide. Avant de demander un secours à la caisse, beaucoup se sont déjà tournés vers d'autres solutions pour tenter de financer leurs soins dentaires (facilités de paiement, emprunt à des proches) et une majorité renonçait ou reportait d'autres soins, notamment spécialisés. La non-utilisation de l'aide par les assurés ayant obtenu un accord est souvent due à une mauvaise compréhension de son fonctionnement. Ces incompréhensions peuvent entraîner des non-recours permanents à l'aide et des renoncements aux soins. L'étude indique également que certaines conditions d'utilisation de l'aide apparaissent du point de vue des personnes trop rigides, notamment l'obligation d'utiliser l'aide dans les six mois après accord.

BAROMETRE DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LE GARD (BRSG)

Warin Philippe, en collaboration avec Chauveaud Catherine.

Rapport pour la CPAM du Gard, Septembre 2014, **104 p.**

Etude ODENORE n° 53.

Objectifs de l'étude

L'objectif du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard BRSG, initié par la CPAM du Gard en 2014, est de produire des connaissances sur l'ampleur et les causes du renoncement dans le département. Il s'agit également d'impulser une réflexion collective sur ce phénomène et d'envisager des modes d'interventions coordonnées sur les situations de renoncement au niveau local, tout en contribuant à une réflexion plus large sur cette question au niveau national. Le rapport présente les principaux résultats du BRSG.

Terrain/méthodologie

Le BRSG s'appuie sur la passation d'un questionnaire sur différents sites et par plusieurs acteurs - dont la CPAM, la CARSAT, la Mutualité française, le CHU de Nîmes et la MSA - auprès de 4 616 assurés sociaux. Cette enquête quantitative par questionnaire a été complétée par 113 entretiens semi-directifs d'une durée de 45 à 60 minutes auprès de personnes en renoncement aux soins repérées par le questionnaire. Ces personnes ont été choisies afin qu'une diversité de profils sociodémographiques soit représentée dans le matériau qualitatif.

Résultats/principales conclusions

Au niveau statistique, 30,5% des personnes interrogées ont déclaré renoncer à un ou plusieurs soins, avec une surreprésentation des femmes et des personnes sans activité professionnelle. Ce sont en premier lieu les soins dentaires auxquels les personnes disent renoncer ; le BRSG montre aussi que le risque de renoncement est plus important chez les personnes sans complémentaire santé. Dans 94% des cas, les besoins de soins déclarés par les personnes comme renoncés sont avérés médicalement. Le BRSG a en outre signalé que le renoncement aux soins touche souvent plusieurs membres d'une même famille et relève de la combinaison de raisons multiples, pas uniquement financières. Le « manque de guidance », c'est-à-dire un manque d'incitation ou de vigilance de la part des professionnels de santé ou de services administratifs ou sociaux peut par exemple venir « activer » le renoncement aux soins. L'étude signale que le renoncement aux soins peut être dans certains cas fortement intégré par les personnes, celles-ci se « repliant » de manière durable sinon définitive par rapport à l'offre de soins fournie par le système de santé « classique » et restant « à l'écart » d'une offre accessible au plus grand nombre.

LE RENONCEMENT AUX SOINS DES ASSURES SOCIAUX EN LANGUEDOC-ROUSSILLON. DIAGNOSTIC DANS LE REGIME GENERAL, LE REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS ET LE REGIME DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Revil Héléna, Warin Philippe, en collaboration avec Casagrande Annette.

Rapport pour les organismes d'assurance maladie obligatoire du Languedoc-Roussillon, Mars 2016, **143 p.**

Etude ODENORE n° 58.

Objectifs de l'étude

Dans la continuité du BRSG, cette étude menée en 2015 a pour objectif de rendre compte, au niveau de la région Languedoc-Roussillon, de l'ampleur du renoncement aux soins, de ses caractéristiques, de ses explications et conséquences individuelles et sociales. Pour clarifier les besoins d'intervention sociale et penser de possibles évolutions des pratiques professionnelles, l'enquête interroge en particulier le rôle joué par le « manque de guidance » dans le renoncement aux soins. Elle porte aussi une attention spécifique aux formes « les plus intégrées » du phénomène.

Terrain/méthodologie

5 261 assurés sociaux résidant dans les départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées-Orientales ont répondu à un questionnaire sur le renoncement aux soins, dont 5 184 étaient affiliés au régime général, 574 au régime Social des indépendants (RSI) et 600 à la Mutualité sociale agricole (MSA). 242 entretiens semi-directifs ont ensuite été conduits auprès d'assurés en

renoncement aux soins et ont donné lieu à des monographies spécifiques pour chaque département ainsi que pour la MSA.

Résultats/principales conclusions

Les taux de renoncement aux soins mesurés par le BRS sont relativement similaires pour les assurés affiliés au régime général de l'Assurance maladie dans tous les départements de la région Languedoc-Roussillon (entre 34% et 37%). Les taux sont en revanche moins élevés pour les assurés affiliés au RSI ou à la MSA (21% et 22%) ce qui questionne notamment les mécanismes sous-jacents à la perception de leurs besoins de soins par les personnes mais aussi les rapports différenciés aux soins et aux « offres » proposées par le système de santé. Pour tous les régimes et territoires pris en compte, les personnes sans complémentaire santé ainsi que celles sans activité professionnelle apparaissent davantage touchées par le renoncement. L'étude souligne que la majorité des personnes qui déclarent un ou plusieurs renoncements (ou reports) dans l'enquête continuent cependant de se soigner au sein du système de santé, partiellement au moins, même si certaines se sont installées durablement dans des solutions alternatives pour une partie de leurs soins. L'enquête fait en outre ressortir l'importance de l'accompagnement des personnes dans l'accès aux droits et aux soins, et la nécessité du travail de détection et de guidance pour lutter contre le phénomène.

Zoom sur les monographies réalisées dans le cadre de cette étude

[→ Monographie de l'Aude \(Joan Cortinas Munoz, en collaboration avec Céline Richez et Héléna Revil\).](#)

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 50 personnes parmi les 341 repérées en renoncement aux soins via l'enquête par questionnaire et affiliées à la CPAM de l'Aude. La monographie présente les caractéristiques principales du renoncement aux soins dans l'Aude, qui suivent largement celles des autres départements. Elle présente également les actions du comité d'analyse mis en place, qui avait pour objectif d'intervenir sur les situations de renoncement repérées.

[→ Monographie de l'Hérault \(Céline Richez\).](#)

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 50 personnes parmi les 452 repérées en renoncement aux soins via l'enquête par questionnaire et affiliées à la CPAM de l'Hérault. La monographie présente les caractéristiques principales du renoncement aux soins dans l'Hérault, qui suivent largement celles des autres départements. La monographie développe notamment le problème du manque de guidance qui impacte directement la demande des aides existantes pour faciliter l'accès aux soins.

[→ Monographie de la Lozère \(Aurélie Delcros\).](#)

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 50 personnes parmi les 145 repérées en renoncement aux soins via l'enquête par questionnaire et affiliées à la CPAM de Lozère. La monographie présente les caractéristiques principales du renoncement en Lozère, dont certaines sont spécifiques à ce département. Ainsi les renoncants bénéficiant d'une complémentaire santé sont plus nombreux que dans les autres départements et la faiblesse de l'offre de soins apparaît comme « un élément aggravant ».

[→ Monographie des Pyrénées-Orientales \(Fatou Leïty Mbodj, en collaboration avec Héléna Revil\).](#)

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 50 personnes parmi les 471 repérées en renoncement aux soins via l'enquête par questionnaire et affiliées à la CPAM des Pyrénées Orientales. La monographie présente les caractéristiques principales du renoncement dans les Pyrénées-Orientales, qui suivent largement celles des autres départements. La monographie se penche notamment de manière plus précise sur la surreprésentation des femmes dans la population qui déclarent renoncer aux soins.

[→ Monographie de la MSA \(Grégory Beltran\).](#)

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 50 personnes parmi les 133 repérées en renoncement aux soins via l'enquête par questionnaire et affiliées à la Mutualité sociale agricole du Languedoc-Roussillon. La monographie revient sur les spécificités des résultats de la MSA (notamment le taux de renoncement plus faible que pour les assurés du régime général de l'Assurance maladie) en lien avec les particularités de la population de cet organisme, rurale et agricole.

LA PLATEFORME D'INTERVENTION DEPARTEMENTALE POUR L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE (PFIDASS). REGARD SUR UN DISPOSITIF EXPERIMENTAL DE DETECTION DU RENONCEMENT AUX SOINS ET D'ACTION POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES A LA REALISATION DE LEURS SOINS

Revil Hélène, en collaboration avec Gajdos Thibault et Warin Philippe.

Rapport pour la CPAM du Gard, Mars 2016, **132 p.**

Etude ODENORE n°59.

Objectifs de l'étude

La Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) est un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes vers la réalisation des soins déclarés comme renoncés, né fin 2014. Au travers de cette étude, il s'agit d'analyser le fonctionnement de la plateforme expérimentale, en regardant d'une part comment elle est perçue et appropriée par les professionnels impliqués dans l'expérimentation ainsi que par les personnes accompagnées au sein de la plateforme ; et d'autre part, en se demandant en quoi ce dispositif transforme la « relation de service » entre intervenants et bénéficiaires et agit sur la question du « manque de guidance » qui participe à expliquer le renoncement et les reports de soins.

Terrain/méthodologie

Cette étude s'appuie sur les données de la PFIDASS collectées par l'outil informatique créé pour gérer les accompagnements, ainsi que sur les entretiens de 12 détecteurs, 5 accompagnants et conseillers, 3 membres de structures partenaires et 48 personnes suivies par la PFIDASS. Deux temps d'observation participante auprès de détecteurs à l'accueil de la CPAM et de conseillers de la plateforme expérimentale ont également été effectués.

Résultats/principales conclusions

L'étude montre que l'action de la PFIDASS auprès des personnes en renoncement aux soins apporte des éléments de réponse aux problématiques de guidance qui peuvent, en particulier, attiser les difficultés financières à la base de la majorité des renoncements pris en charge par la plateforme, et permet ainsi un meilleur accès aux soins (tout du moins à un instant T) pour une part importante des personnes accompagnées. Les entretiens indiquent que, pour certains bénéficiaires, l'accompagnement PFIDASS a également induit des effets de réconfort « psychologique » et/ou de reconnaissance sociale. L'étude pointe en parallèle certaines des raisons qui peuvent amener des personnes à ne pas donner suite à l'accompagnement proposé par la plateforme ou à le refuser, en lien notamment avec sa temporalité.

L'étude souligne en outre que la démarche initiée par la CPAM avec la PFIDASS peut amorcer l'implication d'acteurs locaux du sanitaire et social dans une démarche collective relative à l'accès aux soins ; si cette démarche est perçue comme nécessaire par ces acteurs, l'étude signale toutefois que le degré d'appropriation de l'activité de détection du renoncement aux soins est très différent en

interne et en externe de la CPAM. Les partenaires s'interrogent en l'occurrence sur le pilotage stratégique de l'expérimentation au niveau du territoire et sur la possibilité de saisir la plateforme pour des populations qui ne correspondent pas directement aux critères établis par la caisse. Ce faisant, ils posent la question de leur place dans le choix des cibles du dispositif.

Il ressort enfin de cette étude que l'implication dans la PFIDASS peut (re)donner du sens au travail de certains professionnels de l'Assurance maladie (notamment agents d'accueil) mais que le dispositif suscite aussi des résistances et des questionnements concernant le rôle de la CPAM (et des différents services et composantes de l'institution) sur cette question de l'accès aux soins. L'étude montre que le type d'accompagnement choisi pour « lever » les renoncements aux soins peut en outre poser les bases d'un « nouveau métier » au sein de l'Assurance maladie, qui a cependant besoin d'être davantage formalisé à plusieurs niveaux (contenu, formation, niveau de qualification). L'étude attire finalement l'attention sur les différences nettes d'appropriation de la démarche PFIDASS par les professionnels de l'Assurance maladie.

ETUDE DE L'IMPACT DE LA REFORME DU 1/07/2015 DE L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE (ACS) SUR SON UTILISATION

Blanchet Nathalie, Revil Héléna.

Rapport pour la CPAM du Gard, Avril 2016, **34 p.**

Etude ODENORE n° 61.

Objectifs de l'étude

L'étude analyse l'impact de la réforme de l'Aide complémentaire santé (ACS) de 2015 - qui a notamment instauré le tiers payant intégral, une liste des complémentaires santé éligibles, un système de contrats labélisés, un site internet et un dépliant d'information spécifique à l'ACS - sur le recours à cette aide, son utilisation et sa compréhension par les bénéficiaires.

Terrain/méthodologie

L'enquête repose sur les entretiens de 26 bénéficiaires de l'ACS de la CPAM du Gard, sélectionnés en fonction de leur profil, au niveau sociodémographique et de leur situation par rapport au dispositif (ancienneté et type de contrat complémentaire).

Résultats/principales conclusions

L'étude indique que les tentatives de simplification/clarification de l'ACS semblent atteindre difficilement leurs buts. Elle montre en effet, qu'après réforme, il subsiste des difficultés dans l'utilisation du chèque ACS qui peuvent aboutir à des non-recours par non-réception. Les bénéficiaires de la prestation rencontrés maîtrisent, en parallèle, mal l'ensemble des droits attachés à l'ACS. L'étude souligne qu'il existe en outre des situations qui s'apparentent à de la non-demande, des personnes qui ont obtenu un accord décidant finalement de ne pas utiliser l'ACS parce qu'elles considèrent que celle-ci n'est pas adaptée et/ou utile pour elles. Ce faisant, ils questionnent la pertinence du dispositif, et plus précisément son adéquation à leurs besoins et/ou à leur situation financière. La non-utilisation de l'ACS peut également découler du fait que les « contrats labélisés » apparaissent stigmatisants pour certains bénéficiaires. L'étude signale enfin que le besoin d'accompagnement pour connaître, comprendre et recourir à l'ACS est toujours présent et important.

ACCOMPAGNEMENT METHODOLOGIQUE DE LA DEMARCHE D'ENTRETIENS QUALITATIFS DU SERVICE SOCIAL DE L'ASSURANCE MALADIE DU TARN

Philippe Warin, en collaboration avec Catherine Chauveaud.

Rapport pour la CPAM du Tarn, Novembre 2016, **25 p.**

Etude ODENORE n°69.

Objectifs de l'étude

L'objet de cette étude est l'accompagnement de la démarche expérimentale de diagnostic et d'action sur les situations de renoncement, initiée par la CPAM du Tarn. La caisse a confié la prise en charge de ses situations à son Service Social et non à une plateforme spécifique comme dans le cas des PFIDASS. Le rapport propose un avis sur les atouts et les limites de cette démarche et sur les conditions favorables à son éventuelle reprise – totale ou partielle – dans d'autres départements.

Terrain/méthodologie

Au cours de l'expérimentation, 26 situations ont été diagnostiquées par les professionnels du Service social puis portées à la connaissance du Comité d'analyse. Les dossiers relatifs à l'ensemble de ces situations et les comptes-rendus des décisions du Comité d'analyse constituent le corpus de l'étude, auquel s'ajoute des échanges avec les professionnels lors d'une journée de travail.

Résultats/principales conclusions

L'étude montre que le Service social de l'Assurance maladie peut être un acteur « à forte valeur ajoutée » pour le travail de diagnostic et d'action sur le renoncement aux soins. Les professionnels de ce service cumulent des compétences (d'évaluation, d'analyse des situations, de détection) et des connaissances (en particulier du travail avec les autres acteurs locaux du sanitaire et du social), très utiles pour le suivi individuel des situations de renoncement. Mais il ressort en parallèle que les spécificités du travail à réaliser autour du renoncement/report de soins, qui s'éloignent en partie de l'approche classique et plus globale du Service social, nécessitent de définir plus clairement la place de ses professionnels et, plus globalement, les conditions d'implication du Service Social dans l'action plus général visant à prendre en charge le renoncement aux soins.

EVALUATION "EN CONTINU" (1) DE LA PLATEFORME D'INTERVENTION DEPARTEMENTALE POUR L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE (PFIDASS) DU GARD

Blanchet Nathalie, Revil Héléna.

Rapport pour la CPAM du Gard, Décembre 2016, **36 p.**

Etude ODENORE n°71.

Objectifs de l'étude

Après deux ans de fonctionnement de la PFIDASS du Gard, l'étude s'intéresse à ses effets pour les assurés accompagnés ; elle s'interroge en particulier sur la durabilité de ces effets et sur les éventuels changements que le passage par la PFIDASS a pu entraîner dans les représentations des personnes concernant la CPAM. L'étude porte également le regard sur des assurés qui ont refusé ou abandonné l'accompagnement par la plateforme.

Terrain/méthodologie

Cette étude repose sur les entretiens téléphoniques de 30 personnes accompagnées par la PFIDASS du Gard au « parcours abouti », c'est-à-dire dont l'accompagnement a été « finalisé » (réalisation ou programmation des soins) et de 10 personnes ayant un « parcours inabouti », c'est-à-dire ayant « abandonné » l'accompagnement ou l'ayant refusé.

Résultats/principales conclusions

Ce travail indique qu'un peu plus des deux tiers des renoncements signalés à la PFIDASS ont pu être levés (les soins ont été réalisés ou sont en passe de l'être). En outre, même si les soins n'ont pas nécessairement été réalisés, les accompagnements peuvent avoir apporté des « gains intermédiaires » aux personnes, comme l'accès à une couverture complémentaire. Il ressort également des entretiens que les personnes apprécient avoir, au sein de la CPAM, un interlocuteur unique et accessible par lequel ils se sentent globalement entendus, voire reconnus.

Pour autant, une part importante des personnes accompagnées reste inquiète s'agissant de sa possibilité d'accéder aux soins à moyen et long termes, en particulier parce qu'elles ont le sentiment de ne toujours pas maîtriser le contenu des dispositifs d'aide et/ou les démarches à réaliser pour y accéder, même après accompagnement. Se pose alors la question de la capacité d'un dispositif tel celui des PFIDASS à renforcer l'autonomie des personnes dans la mise en œuvre de leurs démarches par rapport aux soins.

L'étude apporte également un éclairage sur les raisons pour lesquelles des bénéficiaires ne donnent pas suite ou arrêtent leur accompagnement : elle montre ainsi que certains parcours « non aboutis » s'expliquent par le sentiment des personnes que leurs besoins et/ou certaines de leur demandes (par exemple par rapport à la complémentaire santé) et/ou des éléments relatifs à certaines dimensions de leur vie ne sont pas suffisamment pris en compte dans l'accompagnement ; d'autres découlent d'un découragement face à des démarches qui, même en étant accompagnées, apparaissent complexes pour des résultats considérés comme incertains.

LES PLATEFORMES D'INTERVENTION DEPARTEMENTALE POUR L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE (PFIDASS) : UNE EVALUATION AU PRISME DE LEURS BENEFICIAIRES ET DES ACTEURS QUI LES METTENT EN ŒUVRE

Revil Hélène, en collaboration avec Chauveaud Catherine, Rode Antoine et Warin Philippe.

Rapport pour la CNAMTS, Mars 2017, 103 p.

Etude ODENORE n°72.

Objectifs de l'étude

L'étude porte sur l'extension de l'expérimentation PFIDASS dans 21 CPAM. Elle appréhende les effets pour les assurés du passage par les PFIDASS et pointe les principales différences de résultats mais aussi les similitudes et divergences de fonctionnement (configuration générale, accompagnement proposé, partenariats internes et externes) entre les PFIDASS des différentes caisses.

Terrain/méthodologie

Le rapport s'appuie, d'une part, sur 151 entretiens téléphoniques d'assurés accompagnés par les CPAM expérimentatrices, et d'autre part sur 30 entretiens téléphoniques, individuels ou collectifs, auprès d'acteurs de 8 caisses primaires expérimentatrices PFIDASS, sélectionnées pour constituer « un panel » représentatif des CPAM.

Résultats/principales conclusions

L'étude indique que les types d'effets pour les bénéficiaires des PFIDASS sont globalement homogènes, d'une caisse à l'autre, et plutôt positifs : sécurisation par rapport au risque maladie, au moins temporairement ; amélioration de la qualité de vie après réalisation des soins, en particulier dentaires ou touchant aux « sens » ; sentiment d'être considérés dans son besoin de soin et écouté par les accompagnants.

Partout, une part importante des bénéficiaires des PFIDASS doutent en revanche de leurs possibilités d'accéder, à l'avenir, aux soins dont ils pourraient avoir besoin. Se pose alors la question des obstacles structurels à l'accès aux soins auxquels des dispositifs d'action territoriaux ne peuvent pas nécessairement répondre. Des variations importantes existent en outre entre les caisses sur la satisfaction des personnes par rapport aux PFIDASS ; sur la compréhension de la fonction du dispositif ; sur la réalisation des soins à l'issue des accompagnements.

Ces variations s'expliquent notamment par des éléments organisationnels, les caisses ayant une certaine latitude à ce niveau. D'une caisse à l'autre, des différences s'observent entre autres dans l'intensité de l'implication des différents services et composantes ; dans l'appropriation de la démarche PFIDASS par les responsables des services et composantes ; dans la communication interne sur le projet ; dans la régularité des temps d'échanges collectifs, par exemple des « comités d'analyse PFIDASS » ; dans le niveau d'implication et de conviction des équipes de direction.

L'étude pointe enfin les différents choix faits par les caisses expérimentatrices quant à l'ouverture des PFIDASS à des partenaires externes, en termes de temporalité notamment, et s'interroge sur la stratégie des CPAM par rapport à cette question centrale du partenariat pour renforcer l'efficacité mais aussi le caractère « universel » des plateformes. Derrière cela, des questions se dessinent sur leur capacité à prendre en compte certaines populations rencontrant des problématiques spécifiques (par exemple en termes de handicap) et à apporter des réponses à des situations qui relèvent par exemple de l'urgence sociale.

[EVALUATION "EN CONTINU" \(2\) DE LA PLATEFORME D'INTERVENTION DEPARTEMENTALE POUR L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE \(PFIDASS\) DU GARD](#)

Nathalie Blanchet, Héléna Revil.

Rapport pour la CPAM du Gard, Juin 2018, **57 p.**

Etude ODENORE n°77.

Objectifs de l'étude

Il s'agit de la troisième évaluation de la PFIDASS du Gard. Elle s'intéresse aux types de difficultés rencontrées par les assurés pour accéder aux soins, à leurs représentations du système de santé français et à leurs attentes à l'égard de ce système, mais également à leur expérience de la PFIDASS et à leur vision de ce qu'est un parcours « réussi » au sein du dispositif.

Terrain/méthodologie

Cette étude s'appuie sur des focus groups ; deux groupes de 10 et 8 personnes ayant été accompagnées par la PFIDASS ont été constitués ; les groupes mêlent des personnes dont le parcours dans la PFIDASS a été catégorisé par la CPAM comme « abouti » et des personnes dont le parcours a été catégorisé comme « inabouti ». Chaque groupe s'est réuni deux fois, à une semaine d'intervalle, pendant 3 heures. Un dernier focus group a été réalisé avec les deux groupes réunis, là encore pendant 3 heures. Il a été suivi d'un temps d'échange entre les personnes présentes dans les focus groups, les agents de direction de la CPAM du Gard et les chercheurs de l'Odenore.

Résultats/principales conclusions

Ce sont avant tout les questions financières (en lien notamment avec des problématiques de protection complémentaire) qui sont avancées comme explicatives du renoncement aux soins par les assurés, même si, de leur point de vue, la relation entretenue avec les praticiens de santé peut également, selon sa nature, faciliter ou fragiliser leur entrée en soins et surtout la poursuite de ceux-ci. Il ressort également que les personnes accompagnées par la PFIDASS ont une représentation partielle du rôle que peut jouer la plateforme par rapport aux difficultés d'accès aux soins ; la plupart pense en effet qu'elle ne centre son action que sur la levée des obstacles financiers.

De manière générale, les assurés expriment leur besoin d'être plus systématiquement informés par les professionnels du système de protection maladie et de soins, d'avoir en parallèle des outils à disposition pour s'informer par eux-mêmes, et d'obtenir davantage d'explications par rapport à leur situation et aux décisions prises les concernant. Plus généralement, cette étude met en évidence un besoin des personnes de davantage comprendre le fonctionnement de l'Assurance maladie, et du système de santé, pour être davantage en capacité de décider par et pour elles-mêmes, d'arbitrer sur leur propre situation, plus qu'elles ne le sont aujourd'hui. Cette étude montre aussi qu'au-delà de leurs situations individuelles, ce besoin d'être plus informées, éclairées, de mieux comprendre, est certainement une condition pour que les personnes puissent participer à la conception et/ou à l'évolution des actions et dispositifs qui les concernent directement, au travers notamment de travaux d'évaluation.

LES EFFETS A COURT TERME, POUR LES ASSURES, DU PASSAGE PAR LES PFIDASS. ETUDE REALISEE DANS LE CADRE DE L'ACCOMPAGNEMENT SCIENTIFIQUE PAR L'ODENORE, DE LA GENERALISATION DES PFIDASS AU SEIN DU REGIME DE L'ASSURANCE MALADIE

Antoine Rode, sous la direction d'Hélène Revil.

Rapport pour la CNAMTS, Août 2018, **46 p.**

Etude ODENORE n° 81.

Objectifs de l'étude

Cette étude analyse les effets du passage par la PFIDASS pour les bénéficiaires récemment sortis du dispositif, sur la situation de renoncement initial et sur les autres difficultés d'accès aux soins ou de droits en matière de santé. Elle s'intéresse également aux effets éventuels du dispositif en termes d'amélioration « des sentiments d'inclusion sanitaire et/ou sociale ».

Terrain/méthodologie

L'enquête repose sur les entretiens téléphoniques de 365 personnes dont l'accompagnement a été, du point de vue des CPAM, clôturé comme « finalisé » ou comme « inabouti »). Les personnes ont été sélectionnées dans les 21 caisses appartenant à la première vague de généralisation des PFIDASS. Une diversité des soins renoncés a été recherchée dans le panel, pour le reste la sélection s'est faite de manière aléatoire.

Résultats/principales conclusions

89% des assurés ayant répondu à la question expriment une satisfaction générale vis-à-vis de la PFIDASS et, parmi les personnes ayant réalisé leurs soins, 63% disent l'avoir fait grâce à la plateforme. Les PFIDASS apparaissent, du point de vue des personnes interrogées, comme ouverte et non stigmatisante. Elles touchent des publics peu habitués des services sociaux. Selon la perception des bénéficiaires, le service rendu par les PFIDASS s'organise autour de trois volets : l'aide financière, l'accès à la complémentaire santé et la guidance dans les démarches de soin et les plateformes procèdent à un travail qui va de la réassurance à l'accès aux droits communs.

Mais les bénéficiaires pensent que, globalement, leur accès aux soins reste fragile, notamment parce que l'aide et la guidance apportées ponctuellement n'entraînent pas toujours un apprentissage en ce qui concerne les aides, les droits, les démarches, ou un repérage facilité dans le système de soins et d'aide. De plus, les actions des plateformes ne peuvent pas résoudre durablement les difficultés financières auxquels les personnes accompagnées font pour la plupart face pour se soigner.

L'étude montre que si le passage par les PFIDASS peut aider certaines personnes à se sentir davantage intégrées à la société, pour d'autres, notamment celles pour lesquelles aucune solution n'a été trouvée, cette expérience réactive le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier d'aide de la part des organismes sociaux et d'être des « laissées pour compte ». Ces insatisfactions sont sensibles pour une partie des personnes interrogées. Elles signalent en filigrane certaines limites du dispositif PFIDASS et laissent transparaître une critique plus générale de certaines stratégies, moyens d'action et/ou procédures de l'Assurance maladie en matière d'accès aux soins. Elles indiquent également en quoi le travail des PFIDASS et de leurs conseillers se heurte à des déterminants structurels et/ou professionnels de l'accès aux soins – volume ou répartition de l'offre de soins sur les territoires, ampleur des dépassements d'honoraires, refus de soins, traitements différenciés.

LES "EFFETS PARADOXAUX" DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE (CMUC). ENQUETE AUPRES DE 101 BENEFICIAIRES DU GARD

Grégory Beltran, Hélène Revil.

Rapport pour la CPAM du Gard, avril 2019, **83 p.**

Etude ODENORE n°83.

Objectifs de l'étude

L'étude vise à mieux comprendre comment les bénéficiaires de la CMUC appréhendent ce dispositif ; à percevoir les obstacles ou freins qu'ils ont éventuellement rencontrés dans l'usage de leurs droits et la nature des difficultés d'accès aux soins qu'ils expérimentent ou ont potentiellement expérimentées, en lien avec le bénéfice de cette prestation.

Terrain/méthodologie

L'enquête repose sur les entretiens semi-directifs de 101 bénéficiaires de la CMUC du Gard ainsi que sur un focus group de 4 heures ayant réuni 8 bénéficiaires. Les personnes reçues en entretien ont été sélectionnées en fonction de leur représentativité socio-démographique par rapport à la population CMUC du Gard.

Résultats/principales conclusions

Les bénéficiaires interrogés mettent en avant des améliorations techniques et une plus grande acceptation sociale de la CMUC. Les difficultés dans l'usage des droits auprès de professionnels de la santé sont cependant encore présentes et peuvent être directes (refus de rendez-vous, demandes de paiement illégitimes) ou plus subtiles (remarques stigmatisantes, comportements vexatoires, devis onéreux).

Il est également apparu dans cette étude qu'une partie des bénéficiaires de la CMUC s'empêche de solliciter l'intégralité du système de soins, pour éviter en particulier les refus de rendez-vous et les demandes de paiement illégitimes, et a intégré l'idée selon laquelle certains services sanitaires ne sont pas destinés aux bénéficiaires de la CMUC (cliniques, cabinets dentaires) contrairement à d'autres (hôpitaux, centres dentaires mutualistes). L'étude traduit aussi le besoin de la plupart des bénéficiaires de la CMUC de se justifier par rapport à l'usage de leurs droits, à leur consommation de soins, à leurs comportements en santé. Derrière cela, on perçoit un sentiment « d'illégitimité » par rapport à leurs droits.

LE BAROMETRE DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LE GARD (BRS) 2018

Hélène Revil, en collaboration avec Najeh Daabek et Sébastien Bailly.

Rapport pour la CPAM du Gard, Février 2019, **21 p.**

Etude ODENORE n°83.

Objectifs de l'étude

L'objectif du BRS 2018 est de « donner à voir » le renoncement aux soins des assurés du régime général de l'Assurance maladie dans le Gard, quatre ans après la création et la première passation du BRS dans ce département. Il s'agit de mettre les résultats du BRS 2018 en perspective par rapport à ceux de 2014 mais aussi par rapport aux résultats généraux du BRS.

Terrain/méthodologie

Un questionnaire portant sur le renoncement aux soins (celui utilisé pour le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) dans le Languedoc-Roussillon puis pour toutes les campagnes du BRS) a été passé auprès de 1 451 assurés affiliés à la CPAM du Gard.

Résultats/principales conclusions

Le BRS 2018 fait état d'un taux de renoncement de 26%, légèrement inférieur donc à celui de 2014. Les renoncements déclarés portent en premier lieu sur les soins dentaires et sur les consultations spécialisées. Viennent ensuite l'optique (1/5 des personnes qui déclarent un renoncement), puis les consultations généralistes qui sont déclarées comme renoncées ou reportées par environ une

personne sur dix. Un peu moins d'une personne sur dix parlent de la non-réalisation de soins en kinésithérapie.

Dans le BRS 2018, la non-réalisation des soins dure depuis plus de 2 ans pour plus du tiers (34%) des « renonçants ». La part de personnes n'ayant, de manière générale, plus le sentiment de pouvoir se soigner en cas de besoin est, en revanche, moins importante dans le BRS 2018 que dans l'ensemble du BRS (32% versus 43%). C'est également le cas du pourcentage de personnes qui pensent que leur situation ne changera pas prochainement et qui perçoivent la non-réalisation de leurs soins comme définitive. Dans le BRS 2018, ce sont ainsi un quart des personnes qui pensent que leur renoncement aux soins est définitif ; ce taux est de 10 points plus élevés dans l'ensemble du BRS.

Les raisons financières sont les plus citées par les personnes pour expliquer la non-réalisation d'un ou plusieurs soins ; arrivent ensuite les raisons « temporelles » (délais pour avoir des RDV et disponibilité des personnes) puis le découragement et la lassitude par rapport aux démarches à mettre en œuvre pour se soigner.

SYNTHESE DESCRIPTIVE DES DONNEES DU BAROMETRE DU RENONCEMENT AUX SOINS (BRS).

Hélène Revil, en collaboration avec Sébastien Bailly et Najeh Daabek.

Février 2019, **41 p.**

Etude ODENORE n°84.

Objectifs de l'étude

Ce document synthétise les principaux résultats des analyses quantitatives descriptives du Baromètre de renoncement aux soins (BRS). Il s'inscrit dans l'esprit de la démarche BRS, à savoir une volonté d'observer le renoncement/report de soins tel qu'il « se donne à voir » dans les organismes/structures partenaires du baromètre, durant les périodes d'enquête et de contribuer à rendre visible ce phénomène.

Terrain/méthodologie

Ce document a été réalisé à partir des résultats des analyses descriptives réalisées sur la base de données fusionnant l'ensemble des bases issues des campagnes successives du BRS ; il mobilise également des données présentes dans plusieurs rapports dont voici le détail :

→ Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie

Revil Hélène, en collaboration avec Casagrande Annette et Chauveaud Catherine.

Odenore, Juin 2016, **78 p.**

Etude ODENORE n° 62.

→ Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la première vague de la généralisation des PFIDASS

Hélène Revil, en collaboration avec Sébastien Bailly.

Rapport pour la CNAMTS, Juillet 2017, **52 p.**

Etude ODENORE n° 75.

[→ Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de la généralisation des PFIDASS](#)

Hélène Revil, en collaboration avec Sébastien Bailly.

Rapport pour la CNAMTS, Mars 2018, **60 p.**

Etude ODENORE n°76.

[→ Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la 3ème vague de la généralisation des PFIDASS](#)

Revil Hélène en collaboration avec Sébastien Bailly et Aurélie Sarisson.

Rapport pour la CNAMTS, Odenore, Juillet 2018, **67 p.**

Etude ODENORE n°79.

Résultats/principales conclusions

La synthèse finale des analyses descriptives du Baromètre du renoncement aux soins (BRS) indique qu'un quart des 160 824 assurés du régime général de l'Assurance maladie interrogés ont renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois ; 35% d'entre eux déclarent également un renoncement aux soins pour un membre de leur foyer.

Dans la moitié des cas, les personnes diffèrent leurs soins depuis moins d'un an ; dans 23%, elles les reportent depuis plus d'un an mais moins de deux ans et dans 26% depuis plus de deux ans.

Les analyses des données du BRS montrent que la perception de l'état de santé est très différente chez les personnes qui déclarent au moins un renoncement aux soins dans les douze derniers mois et chez celles qui disent ne pas avoir renoncé. Les premières ont nettement plus fréquemment que les secondes une perception négative de leur état de santé.

Les reports et renoncements déclarés par les personnes concernent avant tout les soins dentaires et les consultations auprès de spécialistes. Les achats en matière d'optique sont quant à eux reportés ou renoncés par 1 personne sur 5. Pour environ une personne sur dix, le report ou le renoncement concerne les consultations généralistes et pour une sur dix également, il porte sur des analyses biologiques ou des examens médicaux.

S'agissant des « raisons apportées par les personnes pour expliquer la non-réalisation de soins, 70% citent au moins une raison financière (restes à charge, avance de frais, incertitudes sur le coût des soins) et 26% évoquent les délais de rendez-vous ou des problèmes de disponibilité personnelle. Un « renonçant » sur dix parle de l'éloignement géographique de l'offre de soins et/ou de difficultés de mobilité pour la rejoindre ; un sur dix également pointe des incompréhensions par rapport au système de protection maladie ou de santé et/ou la complexité des démarches pour accéder ou se maintenir dans les soins.

Le rapport s'intéresse enfin aux conséquences des reports et renoncements pour les personnes : 76% ressentent ou craignent un impact du renoncement sur leur état de santé physique et/ou moral et environ la moitié évoque des conséquences sur les dimensions sociale, professionnelle et/ou familiale de leur vie. On peut noter qu'une personne sur deux qui a déclaré renoncer à des soins via le BRS dit ne plus avoir le sentiment de pouvoir se soigner, en France, dans le système de santé « classique » en cas de besoin.

LES EFFETS « INTERNES » DU DEPLOIEMENT DES PFIDASS

Blanchet Nathalie, sous la direction de Revil Héléna

Rapport pour la CNAM, Avril 2020

Etude Odenore

Objectifs de l'étude

L'étude s'inscrit dans l'accompagnement scientifique de la généralisation des PFIDASS. Elle s'intéresse aux effets des plateformes sur les acteurs et professionnels internes à l'Assurance Maladie. Le rapport présente les effets pratiques et symboliques, différenciés selon les groupes professionnels, de la mise en place des accompagnements et analyse certains freins ayant pu limiter les changements.

Terrain/méthodologie

Le rapport s'appuie sur une enquête de terrain réalisée dans trois CPAM anonymisées (A, B et C), engagées dans les accompagnements PFIDASS à des dates différentes (entre 2016 et 2017 selon les caisses). Ces caisses diffèrent également en taille, la caisse A est la plus petite avec environ 300 000 bénéficiaires et 417 agents employés alors que la B est la plus importante avec un million de bénéficiaires et 993 agents employés. Deux entretiens collectifs d'environ trois heures ont été menés dans chacune des caisses avec des salariés des différents groupes professionnels engagés à différents niveaux dans les accompagnements et le dispositif PFIDASS.

Résultats/principales conclusions

Les changements dans les pratiques professionnelles et l'acculturation par rapport à la thématique du renoncement aux soins diffèrent d'une caisse à l'autre (en fonction de critères organisationnels ou de l'existence de certains services proches de la PFIDASS notamment), mais aussi selon les groupes professionnels et selon les individus à l'intérieur de ces groupes. Tous les professionnels ne s'approprient pas de la même manière et avec la même facilité les changements de pratiques induit par la PFIDASS, que ce soit par exemple la nouvelle relation aux bénéficiaires pour les salariés de l'accueil (avec davantage « d'aller vers ») ou le changement de rôle pour les médecins conseils (du contrôle à la détection du renoncement). Le rapport montre l'importance des trois niveaux (celui de l'organisation générale de la caisse, celui des logiques propres aux différents groupes professionnels et celui plus individuel des salariés), dans le renouvellement du rôle de l'Assurance maladie en matière d'accès aux soins que préfigure le dispositif PFIDASS.

« L'INSCRIPTION TERRITORIALE » DES PFIDASS

Rode Antoine et Warin Philippe, sous la direction de Revil Héléna

Rapport pour la CNAM, Mars 2020

Etude Odenore

Objectifs de l'étude

Le rapport propose une réflexion sociologique sur la dynamique partenariale des PFIDASS et leur « inscription » au niveau des territoires. Il analyse les relations entre les CPAM et différents acteurs des territoires, la dynamique partenariale des plateformes pouvant être pensée comme une condition de l'efficacité et de l'efficience du dispositif. La question principale est de savoir comment le partenariat, dans sa diversité locale, apporte sur différents plans une ressource indispensable au développement de la PFIDASS et peut en même temps le conditionner.

Terrain/méthodologie

L'enquête de terrain a été réalisée entre fin 2017 et début 2019 dans trois CPAM (Puy-de-Dôme, Alpes-Maritimes et Drôme) et s'est déroulée en trois phases successives, sur le même modèle pour chacune des Caisses : Un travail de documentation (modèle de conventions, documents de présentation de la PFIDASS, cartographie des partenaires, supports de formation et/ou d'information...) ; des entretiens individuels (une vingtaine) avec les directions des Caisses, les managers et conseillers PFIDASS, et un entretien collectif avec des partenaires (plus d'une cinquantaine de participants au total) ; un séminaire collectif de restitution des premiers résultats, réunissant l'ensemble des acteurs rencontrés lors des entretiens (CPAM et partenaires).

Résultats/principales conclusions

Si la dynamique partenariale est enclenchée partout, sa construction jusqu'en 2019 est plus souvent « pragmatique » et par « capillarité » que basée sur une stratégie territoriale ou populationnelle. Des « régularités » existent cependant dans la nature des partenaires des plateformes mais le profil de ces derniers varie selon les systèmes locaux d'action publique et l'histoire des relations entre l'Assurance maladie et certains acteurs. Il existe également une grande diversité dans les degrés d'engagement des partenaires, et notamment une faible implication des professionnels de santé (externes à l'Assurance maladie).

L'enquête a cependant montré que les acteurs des territoires trouvaient un intérêt important à s'engager dans le dispositif, qui constitue un relais efficace à leur action et leur permet des modes d'échanges plus directs et opérationnels avec les Caisses primaires.

Enfin, trois types de freins ont été relevés : les doutes des partenaires sur le « périmètre populationnel » des plateformes ; les doutes sur ses fonctions/capacités d'action ; les charges de travail des partenaires, les moyens humains qu'ils peuvent mobiliser pour participer aux PFIDASS. Sur certains de ces doutes liés au fonctionnement du dispositif, l'Assurance maladie peut apporter des réponses (précisions sur le champ d'action des PFIDASS ou sur ses marges de manœuvres).