



HAL
open science

Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux. Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles

Catherine Chauveaud, Philippe Warin

► To cite this version:

Catherine Chauveaud, Philippe Warin. Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux. Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles. 2009. halshs-00418872

HAL Id: halshs-00418872

<https://shs.hal.science/halshs-00418872>

Preprint submitted on 22 Sep 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« Expérimentation sociale » HCSA

Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux

Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles

Convention d'expérimentation DIIESES – Themeris, signée le 28 octobre 2008

Rapport intermédiaire

Catherine Chauveaud, Philippe Warin (PACTE/CNRS)
Observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE)

Juin 2009

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services

Sommaire

Introduction	3
1. Rappel de l'objectif général initial	4
2. Réorientation de l'objectif initial et adaptation de la méthode	6
3. Travail réalisé et premiers résultats	8
3.1. Groupe Témoin	8
3.1.1. Enquête par entretiens auprès de bénéficiaires de l'ASPA au contact du service social de la CRAM	8
3.1.2. Enquête par entretiens auprès des patients sans complémentaire des Centres de santé de Grenoble	9
3.1.3. Enquête par entretiens auprès des usagers du SATIS, de la PASS, du POPS	11
3.2. Groupe de Contrôle	12
3.2.1. Enquête par questionnaires auprès des allocataires du RMI sans complémentaire, ayant reçu un courrier de la CPAM	12
3.2.2. Groupe de « qualification mutuelle » : principales conclusions	15
Annexes	22

Introduction

L'expérimentation sociale « Expliquer la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire (CMU-C) et l'Aide Complémentaire Santé (ACS) » menée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) cherche à montrer l'intérêt d'actions d'explication de dispositifs complexes à des populations socialement fragilisées. Elle repose sur l'hypothèse que l'accès de tous aux droits et aux soins demande d'égaliser les chances, en développant des actions différentes de l'information administrative courante, adressée en masse et de façon impersonnelle. Ces actions d'explication sont menées par des services sociaux ou de santé, soit de façon innovante, comme ici avec les services sociaux de la CRAM Rhône-Alpes, soit de façon plus routinière, comme avec les Centres de santé de Grenoble.

Le présent rapport présente l'état d'avancement du projet en livrant les premiers résultats. Il indique la transformation du projet initial qu'il a été nécessaire d'opérer après le retrait de l'un des partenaires de l'expérimentation, la Caisse primaire d'assurance maladie de Grenoble. La présentation tient compte des conséquences de ce changement, en montrant en particulier que les groupes pris en compte pour l'expérimentation ont été remaniés.

En attendant les résultats définitifs, il apparaît d'ores et déjà que les actions d'explication facilitent – sous certaines conditions – l'accès à la CMU-C et à l'ACS. Il faut en effet tenir compte du fait que ces actions s'inscrivent dans des rapports interpersonnels avec les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS, qui ne sont pas sans relation avec l'organisation du travail au sein des structures qui développent ces actions. Aussi, peut-on attendre de cette expérimentation sociale qu'elle débouche sur des propositions visant à améliorer les dispositifs de travail dans lesquels s'inscrivent ces actions d'explication. Sur ce plan, ce rapport intermédiaire apporte des premiers éléments conclusifs, en particulier dans sa troisième partie.

Ce rapport intermédiaire n'a pas été présenté au Comité technique de suivi de l'expérimentation. Il est probable qu'il sera modifié suite à la prochaine réunion du Comité fixée au 15 septembre 2009. Les remarques du Comité seront intégrées au rapport final qui sera rendu au mois de novembre 2009.

1. RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL INITIAL

L'objectif initial du projet est de répondre à la question suivante :

Quelle est la meilleure action d'explication que les organismes sociaux peuvent mener en direction des bénéficiaires de minima sociaux, pour que ceux-ci accèdent à une Couverture Maladie Universelle-Complémentaire (CMU-C) ou à l'Aide Complémentaire Santé (ACS) ?

Rappelons que la CMU-C est une complémentaire gratuite proposée sous conditions de ressources, alors que l'ACS est une aide à l'acquisition d'une complémentaire payante, soumise à des conditions de ressources.

L'expérimentation envisagée devait être menée en partenariat avec les CAF et CPAM de l'Isère, la CRAM Rhône-Alpes, le Conseil Général de l'Isère et l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble. Elle visait à tester l'efficacité d'actions d'explication fondées sur un contact direct avec les personnes éligibles. Elle devait les comparer en termes d'ouvertures d'une CMU-C ou de demande d'ACS aux résultats obtenus à partir d'actions fondées simplement sur l'envoi d'une information administrative. Il s'agissait de mesurer « l'efficacité allocative » d'une explication *ad hoc*. Le but était d'identifier les relations entre les ressources (matérielles, immatérielles) investies dans l'action d'explication et les effets obtenus en termes d'*outcomes*, c'est-à-dire de changements de comportement en termes d'ouverture d'une complémentaire maladie (CMU-C ou autre) ou de demande d'ACS. Par définition, l'efficacité allocative suppose que l'action soit à la fois efficace (que les effets escomptés soient ceux qui apparaissent dans la réalité sociale) et que les ressources soient investies (par les services et agents) de manière optimale.

Le projet portait sur l'expérimentation d'actions d'explication. Pour cinq populations (RMI et API sans complémentaire, AAH et ASPA avec ou sans complémentaire mais sans demande d'ACS – cf. Encadré), un groupe témoin significatif était invité à rencontrer des agents de services sociaux ou de services d'accueil, organisés en conséquence. Ceux-ci devaient leur expliquer lors d'entretiens individuels l'intérêt d'accéder à une assurance maladie complémentaire (voire de base) et les modalités. Il était prévu que ce groupe témoin soit choisi par tirage aléatoire auprès des cinq populations.

RMI : Revenu minimum d'insertion
AAH : Allocation adulte handicapé
API : Allocation de parent isolé
ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

(Le rapport final précisera en annexe les conditions d'éligibilité et d'accès à la CMU-C et/ou à l'ACS des allocataires de ces minima sociaux).

Pour évaluer l'efficacité de ces actions, des « groupes de contrôle » devaient être mis en place :

- Le premier groupe était choisi parmi la population qui n'est pas concernée par l'une ou l'autre des deux Actions.

Ce groupe devait simplement recevoir le courrier d'information adressé par la CPAM à toutes les personnes identifiées sans complémentaire ; la CPAM assurant le suivi des effets de ce courrier à partir de l'ouverture de complémentaires CMU et des demandes d'ACS (attestations demandées et retournées) de façon à quantifier les effets. Il était prévu d'enquêter ensuite les personnes par questionnaire postal, pour évaluer l'impact du courrier d'information.

- Le second groupe de contrôle était constitué de consultants des Centres de santé de Grenoble (AGCSA).

Ces centres (20 000 consultants/an) accueillent en première consultation des personnes éligibles à la CMU-C ou à l'ACS, et qui sont parfois sans complémentaire. Les Centres s'efforcent systématiquement de corriger ces situations à travers une démarche qui à la fois explique et responsabilise les consultants. Il s'agissait d'analyser l'impact du suivi exercé par les Centres et de mesurer ses effets en termes d'accès à la CMU-C et ACS. Enquête par entretiens.

- Le troisième groupe était un groupe de discussion.

Cette action devait réunir, toujours à partir d'un tirage aléatoire, une quinzaine de personnes, choisies parmi les cinq populations, qui n'ont pas participé au groupe témoin précédent. Il était prévu d'associer cinq à six travailleurs sociaux des différents organismes partenaires. Suivant la méthode de la qualification mutuelle, il s'agissait de recueillir et de discuter les besoins de couverture maladie et le point de vue des personnes sur les solutions concrètes à mettre en œuvre pour faciliter l'accès à une complémentaire (et même à une assurance de base).

2. REORIENTATION DE L'OBJECTIF INITIAL ET ADAPTATION DE LA METHODE

Le projet initial a subi une profonde réorientation. Le HCSA, d'une part, et le Comité technique de suivi de l'expérimentation (HCSA, CAF de Grenoble, CRAM Rhône-Alpes, conseil général de l'Isère) d'autre part, en ont été informés au plus tôt.

En effet, dès la préparation du projet d'expérimentation le HCSA, mais aussi la CAF de Grenoble et la CRAM Rhône-Alpes associées au travail antérieur d'identification des allocataires de minima sociaux sans complémentaire¹, ont été avertis de difficultés rencontrées pour associer la CPAM de Grenoble à l'expérimentation. Au moment de la rédaction du projet puis de sa mise en route dès la convention signée avec le HCSA, la CPAM a été impliquée, avant de se rétracter. Ce retrait a donné lieu à différentes tentatives de la part de la direction de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, signataire de la convention avec le HCSA, et des autres institutions engagées dans l'expérimentation, pour que la CPAM maintienne son engagement². Son retrait s'est produit alors même que la CPAM, la CAF de l'Isère et la CRAM Rhône-Alpes avaient signé le 27 avril 2007 une convention de collaboration scientifique stipulant que : « *L'objectif final* [de cette convention visant à « mettre en lumière les situations de non-recours à la CMU-C ou à l'ACS »] *vise à mettre en place des actions pour améliorer l'accès à une complémentaire santé (CMU-C et ACS) des populations 'vulnérables', principalement des populations bénéficiaires de minima sociaux »* (Article 1, p. 2).

Cette situation inattendue et dommageable nous a conduit par conséquent à revoir en profondeur l'orientation générale du projet :

- D'une part, il n'a plus été possible d'enquêter par questionnaires auprès des allocataires du RMI, AAH, API, FSV identifiés sans complémentaire et informés de leurs droits à la CMU-C ou ACS par la CPAM de Grenoble. Cela a rendu caduque l'objectif de comparaison entre action d'information en masse (par envoi de courriers) et actions d'explication (par contact direct avec des intervenants sociaux), même si un questionnaire a pu être adressé à 284 allocataires du RMI.
- D'autre part, dans ce contexte, la CAF de Grenoble n'a pu expérimenter au niveau de son premier accueil la mise en place d'une action d'explication de la CMU-C et ACS, si bien que le nombre d'actions d'explication prise en compte dans ce travail d'évaluation a été revu à la baisse.
- De même, la CRAM Rhône-Alpes n'a pas eu la possibilité de recevoir de la CPAM les listes attendues d'allocataires de l'AAH et de l'API sans complémentaire, à partir desquelles elle aurait pu initier des actions d'explication dans le cadre de son expérimentation de nouvelles « offres de services ». Elle a donc dû réduire son action aux seuls bénéficiaires potentiels de l'ASPA, à partir de listes reçus des services régionaux de la CRAM.

¹ Cf. Résumé des résultats – **Annexe 1**.

² Nous avons copie des courriels adressés au HCSA.

Dans ces conditions, le projet a donc été réorienté de façon à comparer entre elles les actions d'explication restantes, en cherchant à intégrer de nouvelles actions portées par d'autres acteurs. Le choix arrêté a été validé par le Comité technique de suivi, celui-ci ayant été réuni à cinq reprises, depuis la préparation du projet d'expérimentation à aujourd'hui.

Au final, l'expérimentation en cours repose sur les groupes suivants :

Groupe Témoin :

- Bénéficiaires de l'ASPA rencontrés par l'intermédiaire du service social de la CRAM. Action expérimentale.
- Patients sans complémentaire des Centres de santé de Grenoble. Action routinière.
- Publics de structures *ad hoc* : Service d'Accompagnement Temporaire vers l'Insertion Sociale (SATIS), de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU, du POint Précarité Santé (POPS).

Groupe Contrôle :

- Groupe de discussion avec des bénéficiaires du RMI et de l'AAH. Ce groupe vise à resituer les difficultés d'accès à la MCU-C et à l'ACS, à préciser les besoins en termes d'information et d'explication, et à suggérer des pistes d'amélioration pour les actions d'information (en masse) et d'explication (proactives³) de la CMU-C et ACS.

La conséquence directe de ce changement est que l'expérimentation porte sur un nombre plus restreint d'actions d'explication, sans qu'il soit possible de les comparer aux actions d'information de masse. En termes de méthodes, cela nous a conduit à procéder par entretiens (et non plus par questionnaires postaux). Ces entretiens sont réalisés en face à face ou par téléphone, et en 2 temps : les personnes sont enquêtées deux fois à 6 mois d'intervalle, de façon à relever des changements de situations suite aux contacts avec les différents intervenants (services sociaux de la CRAM, secrétariats des centres de santé de l'AGECSA, ...).

³ Au sens d'actions qui sont destinées à aller vers les publics potentiels.

3. TRAVAIL REALISE ET PREMIERS RESULTATS

3.1. GROUPE TEMOIN

Le groupe témoin est composé de personnes éligibles à la CMU-C ou à l'ACS qui font l'objet d'actions d'explication.

3.1.1. Enquête par entretiens auprès de bénéficiaires de l'ASPA au contact du service social de la CRAM

Une « offre de service » est expérimentée depuis janvier 2009 auprès des nouveaux bénéficiaires de l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées) par le service social de la CRAM. Cette offre mobilise 3 assistantes sociales du service. Cette offre de service propose une rencontre avec une assistance sociale dans le but d'expliquer l'ASPA et l'ACS, et d'aider au remplissage du dossier de demande d'ACS. Elle est proposée aux bénéficiaires potentiels de l'ASPA à partir d'un listing établi par la CRAM de Lyon. Un courrier est d'abord adressé, qui signale qu'une assistante sociale va prendre contact téléphoniquement, ou bien, lorsque la CRAM ne dispose pas de numéro téléphonique, qui propose à la personne de joindre le service. L'expérimentation concerne environ 50 personnes par mois. L'expérimentation porte sur 3 mois, soit 150 personnes.

Les assistantes sociales interviennent par téléphone ou en face à face ; l'action nécessite en moyenne 4 à 5 contacts directs avec les personnes. Les assistantes sociales mettent les personnes qui donnent leur accord pour l'enquête au contact de l'Odenore. Celui-ci leur téléphone pour comprendre comment l'offre de service est reçue, vérifier si l'explication est comprise et cerner l'intérêt trouvé dans cette démarche proactive. L'observatoire rappelle les personnes 4 à 6 mois après le premier entretien pour suivre l'évolution. Cette information est recoupée avec celle du service social.

Un dispositif de travail a été mis en place avec le service social de la CRAM, de façon à croiser les impressions des assistantes sociales avec les résultats des entretiens. Ce travail collectif permet une évaluation qualitative de l'offre de service expérimentée par la CRAM.

Une statistique des actions réalisées par les assistantes sociales vers chaque personne est renseignée au fur et à mesure par les assistantes sociales. Elle apportera des indications intéressantes, notamment sur les attentes des personnes à l'égard du phoning et du face-à-face, ainsi que sur les usages différents de l'offre de service entre territoire urbain (agglomération grenobloise) et territoire périurbain ou rural (nord-Isère).

Fin juin 2009 :

- 103 courriers ont été envoyés par le service social de la CRAM, les assistantes sociales ont engagé l'offre de services auprès de 50 personnes (25 par téléphone et 25 en face à face), 22 ont donné leur accord pour qu'Odenore les contacte.

- 11 entretiens ont été réalisés par l'Odenore, 9 sont en cours ; 2 sont en prévision courant juillet 2009 ; nous attendons une montée en charge d'ici fin octobre 2009. Nous estimons à environ 70 le total des personnes qui seront enquêtées.

Synthèse des premiers résultats :

- Profils : les 11 personnes, identifiées comme nouveaux retraités, sont définies comme vulnérables ou très vulnérables en terme de précarité, selon la mesure du score EPICES. En revanche, une seule est vulnérable à un non-recours aux soins, selon la mesure de l'outil NORES (cf. **Annexe 2** : présentation du score et de l'outil). A noter que la vulnérabilité à la précarité renvoie notamment à l'isolement des personnes et à l'absence de soutien en cas de difficulté (soit à la faiblesse des supports relationnels).
- Pour les 11 personnes le reste à charge pour le financement d'une mutuelle constitue un obstacle majeur (les personnes éligibles à l'ACS ont de faibles ressources financières). Le reste à charge conditionnera leur demande ou non demande d'ACS. Au moment des rencontres avec les assistantes sociales 4 bénéficient de la CMU-C; 5 sont en attente de renouvellement de CMU-C ou d'ouverture d'ACS (la nécessité du renouvellement de la CMUC est bien intégrée ; de même le fait que le dossier de demande est le même pour la CMU-C et l'ACS) ; 2 ont déjà l'ACS.
- 5 personnes font part de l'utilité d'avoir un guide sur les mutuelles, avec les tarifs et les prestations de base. C'est la principale attente à laquelle l'offre de services de la CRAM ne répond pas à ce jour.
- Les explications de l'ACS fournies par les assistantes sociales sont comprises, en particulier les démarches à entreprendre ainsi que les échéanciers.
- L'offre de service est très appréciée. Toutes les personnes justifient l'intérêt particulier et supplémentaire de cette action d'explication autour des 4 critères suivants :
 - o Démarche en direction des assurés sociaux (et non l'inverse).
 - o Ecoute attentive des situations.
 - o Qualité des réponses (précision, répétition des éléments essentiels, prise en compte de toutes les questions).
 - o Possibilité d'un contact direct avec une assistante sociale (idée du référent).

3.1.2. Enquête par entretiens auprès des patients sans complémentaire des Centres de santé de Grenoble

Les centres de santé de Grenoble ont été retenus puisque ces structures développent depuis des années un projet global d'accès aux droits et aux soins. En particulier les secrétaires médicales des 5 centres sont chargées d'expliquer les possibilités d'accéder à une complémentaire santé aux patients qui n'en n'ont pas. Ce projet sera détaillé dans le rapport final. Cela étant, il apparaît que l'attention portée à la situation des patients en matière de droits est devenue largement une routine. A chaque nouveau patient, il lui est

demandé d'indiquer sa complémentaire ; s'il s'avère que celui-ci n'en a pas, les secrétaires cherchent à savoir s'il peut bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS, motivent la personne pour qu'elle entreprenne une démarche et indiquent la démarche à suivre. Ces explications varient selon les secrétaires et le moment (pression de la file d'attente). On est cependant davantage dans l'ordre d'un signalement que de l'explication systématique et de l'accompagnement, comme à la CRAM ; l'argument principal est celui du coût à supporter lorsqu'il n'y a pas de prise en charge complémentaire.

En 2008, 30% des patients n'ont pas de complémentaire maladie connue des centres. Cela ne signifie pas nécessairement une absence de complémentaire, puisque les centres disposent d'une information pour les seuls organismes complémentaires avec lesquels une convention a été passée pour l'obtention du tiers payant⁴. Il s'avère que la proportion de patients sans aucune complémentaire (actuellement non identifiable) est probablement faible. Le repérage de tels patients réalisé par les secrétaires sur une première période de 15 jours a permis d'identifier seulement une trentaine de personnes dans ce cas.

13 personnes (5 au centre de santé des Géants, 1 à celui de Vieux Temple, 4 à Mistral, et 3 à l'Abbaye) ont donné leur accord pour un entretien téléphonique et pour être rappelées trois mois après pour connaître l'évolution de leur situation. Ces personnes ont été repérées par les secrétaires médicales comme étant :

- Sans complémentaire lors de la première visite.
- Ou sans complémentaire lors des visites suivantes.
- Ou avec une complémentaire mais comme ayant été sans complémentaire.

A ce jour 11 entretiens ont été réalisés (premier et second appels).

Synthèse des résultats des premiers appels :

- Profil : toutes les personnes ont une forte vulnérabilité à la précarité, 3 ont un risque élevé de non-recours aux soins. Si elles travaillent, elles perçoivent un petit salaire ; si elles ne travaillent pas, elles sont soit en invalidité, soit à la retraite ou en préretraite.
- La quasi-totalité exprime l'importance des complémentaires et leur utilité. Si la CMU-C est bien connue (sauf pour 1 personne), c'est loin d'être le cas pour l'ACS.
- Les rares personnes qui connaissent l'ACS (3 personnes) n'en bénéficient pas (refus, en attente ou abandon).
- Ce n'est pas par l'AGECSA que les personnes ont été informées sur les complémentaires ; la plupart c'est par « la bouche à oreille » familial, et plus rarement par les organismes (CAF, CPAM) ou services sociaux (centres sociaux).
- Les personnes avec complémentaire (qui ont été sans complémentaire auparavant) ont souscrit avant tout pour leurs enfants. Ce résultat corrobore

⁴ Mécanisme grâce auquel l'avance des frais est prise en charge par les régimes obligatoires et complémentaires chez les professionnels de santé.

l'observation selon laquelle la responsabilité d'autrui réduit le risque relatif de non-recours aux droits et aux soins⁵.

- Les avis sur des améliorations possibles :
 - o Avoir un catalogue des mutuelles avec leurs prix (de base et avec les options).
 - o Etre contacté par téléphone pour être informé (« *Comme ce que vous faites, pour parler de vive voix, c'est mieux que les papiers qui finissent à la poubelle* ») par un agent de la CPAM si possible.
 - o Mieux informer les « travailleurs pauvres » (et pas seulement les RMistes).
 - o Avoir des plaquettes simples dans les lieux publics.
 - o Former les secrétaires médicales des dispositifs de santé.

Synthèse des résultats des seconds appels :

- Encore des incompréhensions pour une personne par rapport à l'ACS. ODENORE redonne l'explication. La personne déclare qu'elle va s'en occuper. « *Très contente de l'appel* ».
- Un retour à la CMU-C couple après changement de situation du mari. « *Soulagement* ».
- Pas de changement, « *Tout roule* ».
- Nouveau statut de retraité, son ancien employeur a proposé une mutuelle abordable après qu'il ait reçu un refus de CMU-C et d'ACS (« *bien accompagné par son neveu* »).
- A pris une mutuelle qu'il paie entièrement (« *pas le choix avec mon enfant* »). En attente du nouvel avis d'imposition et puis renouvellera la demande d'ACS car ses revenus ont baissé.

3.1.3. Enquête par entretiens auprès des usagers du SATIS, de la PASS, du POPS

(Le rapport final présentera chacune des trois structures).

1. SATIS

A ce jour avec le SATIS (Service d'Accompagnement Temporaire vers l'Insertion Sociale du CCAS de Grenoble pour personne sans domicile fixe), 4 entretiens ont été menés en face à face ; d'autres sont prévus d'ici fin octobre 2009. Parmi ces 4 personnes :

- Exemple de profil : Mr X, SDF, ayant plus de 25 ans dans la rue, sans droit durant tout ce temps et qui à l'âge de la retraite décide de faire valoir ses droits (un toit, une mutuelle...).

⁵ <http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n29.pdf>

- 3 sont très précaires selon le score EPICES et parmi elles 2 ont un risque élevé de non-recours aux soins selon le score NORES.
- Toutes considèrent comme déterminante l'action du SATIS pour accéder aux droits (analyse des droits potentiels et accompagnement vers les organismes prestataires). Ces points de vue confirment les résultats statistiques obtenus à partir d'une enquête préalable menée par l'Odenore au SATIS (cf. **Annexe 3**).

2. PASS

Rencontre avec la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU : les personnes reçues sont en grande difficulté (SDF, Demandeurs d'asile...), très souvent sans complémentaire, généralement pour des soins d'urgence. L'accès à la complémentaire arrive bien après. L'assistante sociale de la PASS prend en charge les démarches, si bien qu'elle ne développe pas d'action d'explication visant à autonomiser les personnes.

Nous sommes ici au-delà du sujet de l'expérimentation. Le portage des demandes et des démarches par le service est total (grande exclusion, grande précarité, souvent mêlées à des situations juridiques complexes). Il s'avère donc que le public de la PASS n'intéresse pas notre démarche.

En revanche, nous allons essayer dans le temps restant d'élargir l'enquête en direction des assistantes sociales du service d'urgence du CHU. A la demande de ce service, ces professionnelles peuvent être sollicitées, en particulier pour ouvrir des droits.

3. POPS

Rencontre avec le POPS (Point Précarité Santé, ex Point Ressource Santé) : intervient davantage auprès des professionnels et peu avec les publics. Cette structure ne peut donc contribuer à l'expérimentation.

3.2. GROUPE DE CONTROLE

Le groupe de contrôle est composé de personnes qui n'ont pas fait l'objet d'actions d'explication.

3.2.1. Enquête par questionnaires auprès des allocataires du RMI sans complémentaire, ayant reçu un courrier de la CPAM

Rappel de l'objectif :

Enquête auprès des 1121 RMIstes qui restent identifiés sans complémentaire après envoi, en décembre 2007, du courrier CPAM aux 1846 bénéficiaires du RMI détectés sans complémentaire en septembre 2007.

Après requête effectuée en septembre 2008, il apparaît que parmi les 1121 RMistes, 284 restent sans complémentaire, soit 25%. Les autres ont acquis une complémentaire, et parmi eux 598 une CMU-C. On peut donc estimer que la campagne d'information de la CPAM de décembre 2007 a permis l'ouverture d'une CMU-C à 53% des RMistes détectés sans complémentaire lors des premières requêtes de septembre 2007. Pour les 22% restants, nous ne savons pas si l'accès à une complémentaire autre que la CMU-C a un lien avec la campagne d'information.

Ces résultats apportent une estimation intéressante sur l'impact d'une action d'information en masse. Ils montrent que cette action a des effets non négligeables mais pas suffisants, puisque 1 allocataire du RMI sur 4 reste sans complémentaire, alors que pour près d'1 allocataire sur 4 l'impact de l'action n'est pas vérifié.

1. Résultats de l'enquête par questionnaires

L'enquête par questionnaire a porté sur les 284 allocataires du RMI détectés sans complémentaire en septembre 2007 et identifiés en septembre 2008 comme étant toujours sans complémentaire suite à la campagne d'information de décembre 2007. L'objectif était de comprendre les raisons de l'absence de complémentaire suite à la réception du courrier de la CPAM.

Les retours obtenus à cette enquête postale sont très décevants : 17 retours (6%), 16 NPAI⁶ (6%). Ce taux de retours très faible – inhabituel comparativement aux autres enquêtes réalisées par l'Odenore suivant des modalités analogues – s'explique par une lassitude de la part des enquêtés (les mêmes ayant été enquêtés en 2007 dans l'étape préalable à l'expérimentation, mais aussi – pour une large partie d'entre eux – dans le cadre d'autres travaux menés avec le Conseil général de l'Isère sur le non-recours au contrat d'insertion en 2005⁷ et sur le non-recours aux aides facultatives liées au RMI en 2007⁸). Parmi les répondants, 12 sont des hommes vivant seuls.

Le questionnaire a porté sur les explications de l'absence de complémentaire (*cf. Annexe 4*). Les enquêtés ayant la possibilité d'apporter plusieurs réponses, les principales explications sont :

- 4 personnes disent que « *les démarches à faire ne sont pas claires* ».
- 3 personnes jugent « *inutile d'avoir une complémentaire* » (quelle qu'elle soit) car « *jamais malades* ».
- 3 personnes estiment « *la complémentaire trop contraignante financièrement* » (autrement dit, elles n'ont pas compris la gratuité de la CMU-C).
- 3 personnes déclarent « *ne pas avoir le temps de faire les démarches* ».
- 2 personnes déclarent « *avoir eu la CMU-C et ne pas l'avoir renouvelée* ».
- 1 personne déclare « *avoir accédé entre temps à une mutuelle privée* ».

⁶ NPAI : N'habite Pas à l'Adresse Indiquée. Acronyme qui signifie que le courrier postal n'a pu être distribué en raison d'une erreur portant sur l'adresse.

⁷ http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n_15.pdf

⁸ http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n_14.pdf

⁸ http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/et_n_9.pdf

- 2 personnes disent être « *démotivées* » (explication par leur situation de précarité) et déclarent « *recourir à une médecine naturelle* » (largement par automédication).

Ces résultats confirment très largement ceux de l'étude précédente, qui avait pour but – rappelons-le – d'identifier les allocataires du RMI (et d'autres minima sociaux) sans complémentaire et d'expliquer (par enquête par questionnaires) les raisons de cette absence. Les difficultés de compréhension des conditions d'accès et du renouvellement de la CMU-C apparaissaient avec force (cf. **Annexe 1**).

Les entretiens signalent cependant la possibilité d'une démotivation des personnes du fait d'une précarité persistante. Cette observation est importante, car elle signale *a priori* qu'une action d'information n'est pas suffisante dès lors que les personnes deviennent insensibles à l'absence de droits. Une recherche en cours à l'Odenore auprès de structures visant à sortir des personnes ou des groupes de leur isolement pour leur redonner des capacités à agir parvient au même résultat⁹. De ce point de vue, une intervention sociale visant à recréer un intérêt pour les droits sociaux paraît nécessaire dans certains cas. Cela indique qu'une action d'explication directement auprès des personnes doit aussi être attentive à la motivation personnelle et doit, dans ce but, disposer de moyens suffisants pour réaliser un accompagnement individuel visant à régénérer l'intérêt des personnes pour leurs droits.

2. Résultats de l'enquête par entretiens

Les répondants ont pour moitié accepté l'entretien téléphonique (8 personnes). Ce taux est conforme au taux d'acceptation obtenu par l'Odenore dans d'autres enquêtes. Mais vu le faible effectif de répondants, nous n'avons pu réaliser qu'un très petit nombre d'entretiens. Ceux-ci avaient pour objectif de vérifier les réponses apportées au questionnaire et de comprendre les pistes d'améliorations pour accéder à la CMU-C.

Les 2 pistes d'amélioration suggérées par les enquêtés :

- Disposer de plaquettes d'informations simples dans des lieux stratégiques. De ce point de vue, l'action d'information initiée par le Conseil général de l'Isère à partir du dépôt de « flyers » expliquant l'existence de la CMU-C et les modalités d'accès – prise comme exemple – est approuvée.

Constat : ces dépôts mériteraient d'être généralisés au-delà des services du Conseil général et des services sociaux, notamment au sein d'associations.

- La technique du phonique paraît également convenir. Signalons que notre enquête a pour incidence d'apporter des explications qui complètent le courrier adressé par la CPAM. Elle semble correspondre à un mode de

⁹ C. Chauveaud, P. Warin, « Intermédiation sociale et fabrication de citoyennetés sociale et politique », recherche pour le PUCA (Programme « Citoyenneté urbaine ». cf. Rapports intermédiaires n°1 (octobre 2008) et n°2 (mai 2009).

communication assez largement accepté ; le courrier paraissant plus formel et contraignant.

Constat : les actions proactives sont perçues favorablement ; elles devraient produire des effets favorables en termes d'accès à une complémentaire. Ce constat corrobore les premiers résultats relatifs à l'offre de services expérimentée par le CRAM (cf. supra).

Les entretiens ont également permis de relever des propos surprenants :

- Un bénéficiaire du RMI, au moment de l'envoi du questionnaire d'enquête joint au courrier de la CPAM, avait souscrit une mutuelle privée qu'il payait totalement. Personne ne l'avait informé des possibilités de la CMU-C (ni les services sociaux, ni la complémentaire en question). C'est le questionnaire qui l'a alerté et l'a poussé à se renseigner. Aujourd'hui, il bénéficie de la CMU-C.
- Au jour de l'entretien, un bénéficiaire n'avait jamais entendu parler de la CMU-C. Nous informant d'un rendez-vous avec son assistante sociale, nous lui avons conseillé de lui en parler. Ce conseil subséquent à l'entretien l'arrange : il a besoin de soins dentaires qu'il a longtemps retardés.
- Un autre enquêté nous signale un refus de soin de la part d'un dentiste parce qu'il avait la CMU-C, qu'il n'a alors pas renouvelée. Nous lui indiquons qu'il peut recourir, anonymement ou pas, auprès d'un service compétent.

3.2.2. Groupe de « qualification mutuelle » : principales conclusions¹⁰

Il ne s'agit pas ici de restituer la richesse des échanges qui ont eu lieu pendant trois jours en janvier 2009 entre les personnes réunies¹¹, mais d'essayer de présenter l'essentiel des propositions d'action qui ont surgi des débats. Le but était, rappelons-le, de partir des expériences individuelles pour tester l'idée que l'accès à des dispositifs aussi complexes que ceux de la Couverture maladie universelle – Complémentaire (CMU-C) et Aide complémentaire santé (ACS) nécessite des actions volontaires d'information et d'explication, qui vont au-delà des pratiques habituelles des organismes sociaux (Caisses primaires d'assurance maladie : CPAM ; Caisses d'allocations familiales : CAF ; Caisses régionales d'assurance maladie : CRAM) et des institutions concernées (Conseils généraux et structures de soins primaires, comme les centres de santé).

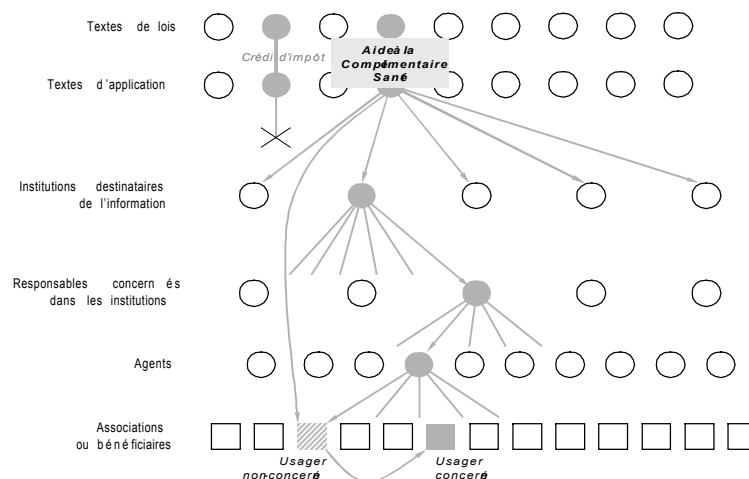
L'hypothèse initiale, contenue dans le projet pour le Haut Commissariat aux Solidarités Actives, était que des actions d'explication engageant des professionnels de l'action sociale ou de la santé au cours de relations directes avec des personnes ou des familles ont probablement plus d'impact et de conséquences positives sur l'accès à une complémentaire santé, que les seules actions d'information en masse organisées au moyen de courriers administratifs. Les résultats du groupe confirment cette hypothèse. Surtout, ils vont au-delà en indiquant à la fois que le besoin d'actions d'explication ne se

¹⁰ Ce texte a été validé par le Comité technique de suivi de l'expérimentation.

¹¹ Soit 5 allocataires de l'AAH, 6 du RMI, et 5 professionnels (2 assistantes sociales de la CRAM Rhône-Alpes, 2 du Conseil général de l'Isère, 1 secrétaire médicale des Centres de santé de Grenoble).

substitue pas à la nécessité d'actions d'information et que ces deux types d'actions sont indispensables non seulement pour les demandeurs de complémentaires mais aussi pour les professionnels. Les échanges d'expériences ont en effet clairement indiqué les difficultés des personnes pour accéder à une complémentaire santé, mais aussi les difficultés des professionnels pour comprendre et mettre en œuvre les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS. Pour les uns comme pour les autres, l'information sur les dispositifs descend non sans mal jusqu'à eux, comme l'indique le schéma du « Puits perdu », dessiné lors des séances.

De la décision au bénéficiaire : le puits perdu



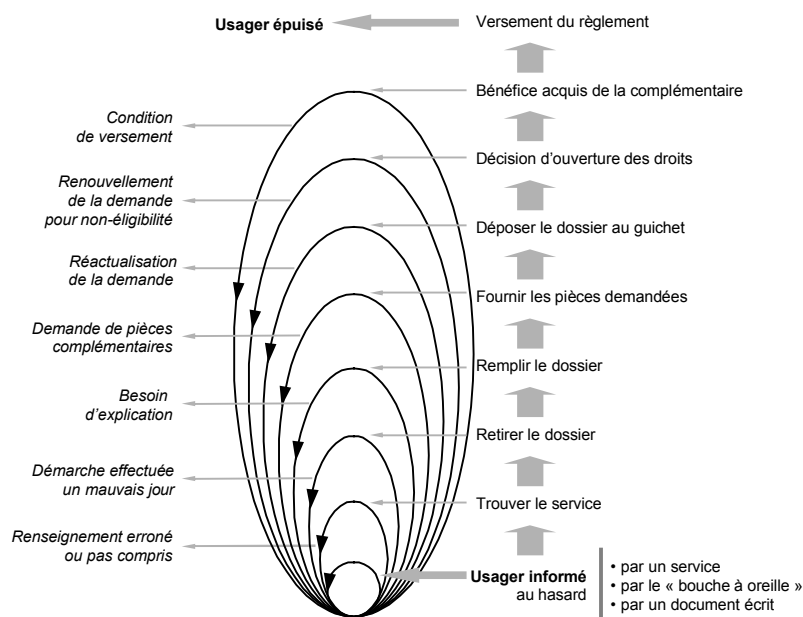
Dit autrement, on ne peut pas faciliter l'accès de tous à une complémentaire santé (et en particulier des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS) sans penser globalement les difficultés qui se retrouvent de part et d'autre, et les réponses à apporter.

1. Un « parcours du combattant »

Avant toute chose, il convient de rendre compte du « parcours du combattant » que constitue l'accès à une complémentaire santé. Sur ce plan, le groupe a rapidement trouvé un accord pour considérer que cet accès était loin d'être simple, même dans le cas des allocataires du RMI qui disposent pourtant d'un accès direct à la CMU-C. Sans expliciter ici les particularités des situations personnelles et des expériences vécues, il convient de pointer le grand nombre de démarches que peut exiger le processus de demande avant de déboucher éventuellement sur une ouverture de droits.

Le schéma suivant, dessiné par le groupe, illustre ce parcours d'obstacles. Du côté des demandeurs, trouver le bon service, rencontrer un agent et obtenir les formulaires de demande, comprendre les formulaires, fournir les justificatifs, répondre à d'éventuelles demandes d'actualisation, etc., sont autant de moments, coûteux en temps et en énergie, qui peuvent parfois provoquer des abandons de démarches.

Le parcours du combattant



Les discussions sur les obstacles ont permis de relever plusieurs sources de difficultés. Certaines relèvent des personnes, d'autres des organismes prestataires. Mais le constat principal est que les difficultés des uns sont aussi les difficultés des autres. Il est essentiel de le remarquer pour comprendre que les propositions de solutions qui suivent ne peuvent être conçues qu'en tenant compte de leur interdépendance. L'interdépendance entre les difficultés des demandeurs et celles des professionnels apparaissent dans les faits marquants, observés par le groupe.

Difficultés des demandeurs et des professionnels : 5 faits marquants

a) L'information ne parvient pas aux personnes, car pour une part elle ne parvient pas en premier lieu aux professionnels. L'ACS en est un exemple presque caricatural.

b) L'information apportée aux personnes par différents services ou différents agents peut varier et même être contradictoire (le risque s'accroît plus le « parcours du combattant » comprend des allers-retours avec les services), car pour l'essentiel les professionnels ne peuvent pas s'appuyer en interne sur une traduction en termes simples et communicables de l'information officielle (textes, directives, réglementations, ...).

c) L'information peut être communiquée, pour autant elle n'est pas forcément comprise et retenue, car la réception d'une information – même de qualité – dépend aussi des *capacités* du destinataire. Ces capacités ne sont pas égales. Comprendre et se rappeler ne sont pas des actes simples. Une fois l'information passée, tout n'est pas question de responsabilité individuelle mais aussi de capacités. Dit autrement, si « assister c'est exclure »¹², ne pas accompagner aussi.

d) L'explication de la CMU-C et de l'ACS n'est pas simple, non pas seulement parce que ces dispositifs sont complexes (conditions et critères d'éligibilité, mais aussi interdépendance des organismes sociaux – CAF/CPAM en l'occurrence – pour calculer les droits), mais aussi et surtout parce qu'en pratique celui ou celle qui explique, cherche en même temps à apporter des éléments de réponse et procède ainsi à une analyse de situations. A la complexité des dispositifs s'ajoute alors souvent celle des situations saisies dans l'instant de la rencontre avec le demandeur ; l'effort consistant à expliquer les dispositifs et à comprendre les situations court le risque de l'échec (confusion entre plusieurs discussions sur les dispositifs et sur les situations, approximation de la

¹² Ce débat traverse le travail social depuis longtemps. Voir l'ancien et célèbre n° de la revue *Esprit* de 1972.

réponse, ... avec tout ce que cela peut supposer comme complications pour les relations entre demandeurs et professionnels).

e) L'accès aux droits n'est pas toujours possible, car la constitution des dossiers de demande ne l'est pas non plus lorsque la situation du demandeur l'empêche d'apporter les pièces justificatives dont les professionnels ont besoin, sans que ceux-ci soient également capables d'en faciliter l'obtention. Il n'est plus question ici d'information ou d'explication, mais de médiation administrative spécialisée pour débloquer les impasses.

2. Un continuum « information, explication, médiation » pour faciliter l'accès de tous à la CMU-C et ACS

Les cinq faits marquants permettent de regrouper les propositions présentées par le groupe. La présentation de ces propositions à l'issue des journées de Qualification mutuelle a donné lieu à un film « *Tous pour une complémentaire santé* »¹³.

Faits marquants	Propositions de solutions
a) l'absence d'information.	1. Diffuser par des campagnes d'information des messages « grand public » sur les dispositifs de complémentaires gratuites ou aidées. Campagnes positives sur les droits, en particulier à la télévision. 2. Développer des spots d'information sur les dispositifs d'accès à une complémentaire gratuite ou aidée dans les salles d'attente (centres de santé, services sociaux, organismes sociaux, halls de mairies ...)
b) l'information différente sinon contradictoire.	3. Avoir un service qui traduit les textes administratifs en informations communicables aux demandeurs. « Lieu ressource » pour les professionnels (toutes institutions confondues). 4. Développer des formations sur les dispositifs auprès des professionnels de santé en contact avec le public.
c) la compréhension et la mémoire de l'information donnée.	5. Créer des groupes mixtes demandeurs / professionnels pour simplifier les formulaires et les courriers administratifs et pour concevoir des visuels (textes simples et dessins) largement diffusés. 6. Diversifier les modes de communication directe (téléphone, SMS, courriels, ...) pour rappeler aux personnes qu'une démarche est à faire (notamment pour les renouvellements). 7. Renouveler de manière automatique la CMU-C et l'ACS pour éviter des ruptures de droits.
d) l'imbrication des activités : informer et expliquer la CMU-C et l'ACS ; analyser les situations.	8. Développer en amont des organismes prestataires des « acteurs relais » dans des espaces de proximité (associations, maisons des habitants, écrivains publics, ...) pour informer sur la CMU-C et l'ACS, et pour conseiller sur les démarches à entreprendre, voire pour accompagner dans des démarches. De façon à faciliter le travail d'instruction.
e) l'impossibilité de réunir les pièces justificatives.	9. Développer des missions de médiation pour débloquer des situations complexes, notamment pour faciliter l'obtention des pièces manquantes.

¹³ Disponible à ODENORE.

Certaines propositions recyclent des idées qui sont ou ont été expérimentées. D'autres posent des questions techniques complexes, comme le renouvellement automatique de la CMU-C ou de l'ACS (par exemple dans le cas d'AAH ouvertes pour plusieurs années). Cela suppose un fonctionnement interinstitutionnel *ad hoc*, en particulier des CAF vers les CPAM, pour signaler d'éventuelles modifications apportées au montant du minimum social accordé.

Avant de relier ces propositions à des initiatives existantes ou ayant existé, une remarque générale s'impose. Cet ensemble de propositions valorise largement le besoin de collectifs, que ceux-ci soient professionnels ou mixtes, institutionnels ou pas, portés au sein d'organismes sociaux ou à leur frontière. Il rappelle de cette façon un principe fondamental de toute politique de protection sociale, à savoir que l'accès de tous à des dispositifs (et aux droits sociaux) a besoin de processus individuels et collectifs de communication et d'accompagnement qui les mettent à la portée des gens, de façon à tenir compte de la diversité sociale qui en aucun cas ne doit être l'obstacle. Pour toute politique de protection sociale, une question essentielle est en effet celle du soutien qui est à apporter à la connaissance concrète des individus pour l'usage effectif des droits¹⁴.

3. Des propositions réalistes

Les propositions de solutions apportées par le groupe (groupe contrôle dans le projet ECA) indique clairement que la réponse principale et *a fortiori* unique à apporter par les institutions au non recours à la CMU-C et ACS ne consiste pas à adresser en masse, aux populations identifiées dans cette situation, une seule information administrative. La réponse – ou plutôt les réponses – sont nécessairement plus variées. En même temps, elles paraissent réalistes. Pour finir cette note intermédiaire, ces propositions sont ainsi rapprochées d'initiatives existantes ou ayant existé. Leur éventuelle mise en œuvre pourrait ainsi donner lieu à des expérimentations, mais aussi tenir compte des expériences et expérimentations repérées.

Propositions	Initiatives connues
1. Diffuser par des campagnes d'information des messages « grand public » sur les dispositifs de complémentaires gratuites ou aidées. Campagnes positives sur les droits.	Information sur les Mutuelles les plus abordables ou les plus adaptées à des types de publics (jeunes, personnes âgées...). Voir l'information constituée par le Service d'accueil temporaire pour l'insertion sociale (SATIS/CCAS de Grenoble ; UDMI). S'inspirer des panneaux d'affichage de la préfecture de Seine-Saint-Denis : « Titres de séjour étrangers : pensez à en demander le renouvellement 2 mois avant leurs échéance », in Rapport 2008 du Médiateur de la République , p. 49

¹⁴ Petit recul et commentaire théoriques :

- Ce soutien à la connaissance pour l'usage effectif des droits est central puisqu'il nourrit le sentiment d'appartenance à la collectivité, sinon l'idée de solidarité collective qui se trouve au cœur même de la protection sociale n'aurait pas le support de rapports sociaux suffisants. Cette remarque traduit au niveau des « rapports sociaux d'usage » l'idée de Maurizio Ferrera selon laquelle la protection sociale est empiriquement liée au sentiment d'appartenance à la collectivité.
- En même temps, les propositions d'implication des demandeurs comme des professionnels dans des actions visant à faciliter l'accès aux dispositifs montrent le besoin fondamental (« ontologique » selon Jacques Généreux) du « être avec et pour les autres », inverse à la logique du « être soi et pour soi » qui traverse le choix de renvoyer l'accès aux dispositifs à la responsabilité des individus.
- C'est autour de cette double remarque que les propositions faites peuvent être perçues comme étant des traductions concrètes de l'idée de « solidarité active ».

	Voir la campagne nationale télévisée prévue pour le RSA, de façon à diffuser une information sur la complémentaire santé.
2. Développer des spots d'information sur les dispositifs d'accès à une complémentaire gratuite ou aidée dans les salles d'attente (centres de santé, services sociaux, organismes sociaux, halls de mairies...	
3. Avoir un service qui traduit les textes administratifs en informations communicables aux demandeurs. « Lieu ressource » pour les professionnels (toutes institutions confondues).	<ul style="list-style-type: none"> - Le Point Précarité Santé (POPS, ex PRS) ; en lien avec le Conseil général, la DDASS, la MSA, qui valident les « traductions ». Voir la Lettre Santé Pratiques du POPS. - Le Guide d'orientation inter-organismes et publics, dans l'Ain * - S'inspirer du site de la CNRACL (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales)
4. Développer des formations sur les dispositifs auprès des professionnels de santé en contact avec le public.	- L'action à la CPAM (Grenoble) de la responsable de la gestion de la CMU-C.
5. Créer des groupes mixtes demandeurs / professionnels pour simplifier les formulaires et les courriers administratifs et pour concevoir des visuels (textes simples et dessins) largement diffusés.	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de groupes d'usagers par les services sociaux CRAM des départements de l'Ardèche, la Haute Savoie et l'Isère pour adapter les courriers d'offres de service et faciliter leur compréhension par les destinataires. - Atelier d'écriture des informations administratives avec un groupe d'allocataires, CAF de Bourg-en-Bresse (Service Accompagnement social). - Formulaire « Demande de RMI » créé dans le cadre d'un groupe de qualification mutuelle (Conseil général de l'Isère).
6. Diversifier les modes de communication directe (téléphone, SMS, courriels, ...) pour rappeler aux personnes qu'une démarche est à faire (notamment pour renouveler la CMU-C).	- Messages téléphoniques sur prestations ou horaires services par la CAF de Grenoble.
7. Renouveler de manière automatique la CMU-C et l'ACS pour éviter des ruptures de droits.	
8. Développer en amont des organismes prestataires des « acteurs relais » dans des espaces de proximité (associations, maisons des habitants, écrivains publics, ...) pour informer sur la CMU-C et l'ACS, et pour conseiller sur les démarches à entreprendre, voire pour accompagner dans les démarches.	<ul style="list-style-type: none"> - Exemple des « adultes relais » de la CAF de Seine-Saint-Denis. - Exemples de « personnes relais » en promotion de la santé *. - Actions de formation de « personnes relais » par l'Office Départemental de Lutte contre le Cancer (ODLC) pour faciliter l'adhésion aux actions de dépistage.
9. Développer des missions de médiation pour débloquer des situations complexes, notamment pour faciliter l'obtention des pièces manquantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Exemple de l'action au local, conjointement entre PASS, PPS, Médecins du Monde Grenoble, pour intervenir sur les cas complexes de façon concertée vers les institutions. - Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République *.

* voir exemples d'initiatives connues en annexe (ces exemples seront joints dans le rapport final).

Les échanges sur les propositions ont rappelé l'importance des anciennes Commissions d'Action Sociale d'Urgence (CASU) qui permettaient des rencontres entre professionnels sur les situations d'urgence et la production, par exemple, d'imprimés uniques et de répertoires des dispositifs d'aide (voir plus bas le bilan de la MIPES).

* *

Ces pistes de propositions peuvent, pour une part, s'inscrire dans des initiatives testées et développées par les organismes sociaux et les Conseils généraux. Nombre d'organismes ont su mettre en place, par exemple, des structures de conciliation ou de traitement des réclamations. Citons la « mission conciliation » de la Caisse nationale d'assurance maladie et son réseau de « conciliateurs » dans les caisses primaires d'assurance maladie.

En cherchant à suggérer des compléments et peut-être de nouvelles idées, ces pistes de propositions valorisent ainsi les politiques d'information et d'accueil mises en œuvre, et l'action au quotidien des agents publics.

Un FILM de 20 minutes a été réalisé lors de la séance de restitution des résultats du groupe de qualification mutuelle, intitulé « *Tous pour une complémentaire santé* ». Il est disponible à l'Odenore. Il fait partie des livrables de cette expérimentation sociale.

Observations & Etudes n° 29

- Titre :** **Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide complémentaire santé (ACS).**
- Auteur(s) :** H. Revil.
- Destinataire(s) :** Groupe de travail (ODENORE, CAF et CPAM de l'Isère).
- Date de publication :** Novembre 2008.
- Méthodes :** Analyse statistique base de données de l'Assurance maladie – enquête par questionnaire.
- Echelle :** Département.
- Résultats principaux :** *Non recours à la CMU-C des allocataires du RMI. Fin 2007, pour les circonscriptions de Grenoble et de Vienne :*
 15 % des allocataires du RMI n'ont aucune complémentaire santé (ni la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), ni une autre complémentaire). Si la CMU-C est un dispositif globalement connu des allocataires du RMI, les démarches à mettre en œuvre pour en bénéficier ne sont connues que superficiellement et sont souvent mal comprises. C'est notamment le cas du choix d'un organisme gestionnaire -qui paraît poser problème à la grande majorité des bénéficiaires-. Pour 46 % des allocataires, l'information dont ils disposent sur la CMU-C provient d'un travailleur social. Pour 65 % des allocataires du RMI enquêtés par questionnaires, on peut parler d'un non renouvellement du droit CMU-C ; ils ont en effet déjà eu recours à cette prestation dans le passé mais ne l'ont pas demandée à nouveau. Si la mauvaise compréhension des modalités du renouvellement et la complexité du dispositif sont des causes du non recours, il faut également noter que 7 % des allocataires du RMI disent ne pas avoir repris la CMU-C car ils ont rencontré des réticences de la part des médecins lorsqu'ils en bénéficiaient. Notons également que 45 % des allocataires du RMI enquêtés disent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, 86 % invoquent des raisons financières.
- Non recours à la CMU-C des allocataires du RMI. Fin 2007, pour les circonscriptions de Grenoble et de Vienne :*
 15 % des allocataires du RMI n'ont aucune complémentaire santé (ni la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), ni une autre complémentaire). Si la CMU-C est un dispositif globalement connu des allocataires du RMI, les démarches à mettre en œuvre pour en bénéficier ne sont connues que superficiellement et sont souvent mal comprises. C'est notamment le cas du choix d'un organisme gestionnaire -qui paraît poser problème à la grande majorité des bénéficiaires-. Pour 46 % des allocataires, l'information dont ils disposent sur la CMU-C provient d'un travailleur social. Pour 65 % des allocataires du RMI enquêtés par questionnaires, on peut parler d'un non renouvellement du droit CMU-C ; ils ont en effet déjà eu recours à cette prestation dans le passé mais ne l'ont pas demandée à nouveau. Si la mauvaise compréhension des modalités du renouvellement et la complexité du dispositif sont des causes du non recours, il faut également noter que 7 % des allocataires du RMI disent ne pas avoir repris la CMU-C car ils ont rencontré des réticences de la part des médecins lorsqu'ils en bénéficiaient. Notons également que 45 % des allocataires du RMI enquêtés disent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, 86 % invoquent des raisons financières.
- Non recours à l'ACS des allocataires de l'AAH. En avril 2008, pour la circonscription de Grenoble :*
 75 % des allocataires de l'AAH ont une complémentaire. 90 % d'entre eux n'ont pas demandé l'Aide complémentaire santé (ACS) pour financer une partie des cotisations. 25 % des allocataires de l'AAH n'ont pas de complémentaire. 92 % d'entre eux n'ont pas demandé l'ACS. Le non recours massif à l'ACS des allocataires de l'AAH s'explique principalement par un manque prégnant d'information sur cette aide. 71 % des répondants à l'enquête par questionnaires ne dispose d'aucune information et nombreux sont eux qui n'ont jamais entendu parler de l'ACS. Même les allocataires qui ont une complémentaire et qui pourraient donc rapidement bénéficier d'une remise de cotisation ne demande pas cette aide car ils ne la connaissent pas. Il faut également noter que la plupart des tutelles qui ont répondu au questionnaire disent ne pas connaître cette aide. Parmi les allocataires qui connaissent l'ACS, 7 % n'y ont pas recours car ils pensent que le niveau de leurs ressources ne leur permettrait pas d'en bénéficier, 4 % pensent qu'elle ne suffirait pas pour payer une complémentaire. Notons que 27 % des allocataires de l'AAH disent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Parmi eux, 91 % invoquent des raisons financières.
- Non recours à la CMU-C des allocataires de l'API :*
 18 % des allocataires de l'API n'ont aucune complémentaire santé (ni CMU-C, ni autre complémentaire).

Accès à texte intégral : http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/RAPPORT_%20FINAL_nov08.pdf

Source : <http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/>

Scores EPICES et NORES

Le questionnaire du score Epices (évaluation de la précarité et des inégalités pour les CES)

Source : C. Sass, J.-J. Moulin, R. Guéguen, *et al.* 2006. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes, *BEH*, n° 14, p. 93-96.

Les réponses se font par oui ou par non.

Le score est pondéré (voir valeurs positives ou négatives apportées aux réponses).

Les réponses aux questions permettent de placer la personne sur un axe factoriel allant de 1 à 100 (0= absence de précarité et 100= précarité maximum) et le seuil marquant la séparation entre la catégorie « précaire » et la catégories « non précaire » est de 30. Les « très précaire » par convention sont situés dans les quintiles 4 et 5.

- 1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (10.06)
- 2) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? (-11.83)
- 3) Vivez-vous en couple ? (-8.28)
- 4) Etes-vous propriétaire de votre logement ? (-8.28)
- 5) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ? (14.80)
- 6) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? (-6.51)
- 7) Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? (-7.10)
- 8) Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? (-9.47)
- 9) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? (-9.47)
- 10) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour : (-7.10)
 - > Vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
 - > Vous apporter une aide matérielle ?

Outil de repérage du non recours aux soins (NORES)

Cet outil a été élaboré dans le cadre d'une recherche pour l'ANR menée par l'Odenore et le CETAF¹⁵. Il est bâti à partir des variables socioéconomiques les plus liées aux non recours au médecin, au dentiste et au non suivi gynécologique dans des populations présentant diverses situations de précarité et/ou de vulnérabilité sociale. L'outil varie de 0 à 7, du risque le plus faible au risque le plus élevé de non recours aux soins. Des relations score-dépendantes sont observées entre l'indicateur NORES avec : le non recours au médecin, au dentiste et le non suivi gynécologique ; un mauvais état de santé perçue ; divers indicateurs de morbidité (en particulier : tabac, obésité, maigreur, hyperglycémie, anémie, présence de caries non traitées). Sont considérés à risque élevé de non recours aux soins, les individus avec un score supérieur à 4. L'outil est en cours de test dans d'autres travaux menés par l'Observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE).

L'outil de repérage, NORES, a été conçu pour faciliter le repérage des personnes à risque de non recours aux soins.

Il a été construit à partir des données des Centres d'examen de santé (CES)^{1,2} par le CETAF (Centre Technique d'appui et de Formation des CES) et l'Odenore (l'Observatoire des non recours aux droits et services) dans le cadre d'un projet financé par l'Agence Nationale pour la Recherche (programme Santé/Environnement – Santé/travail).

Cet outil a été élaboré à partir des variables socioéconomiques les plus liées aux non recours au médecin, au dentiste et au non suivi gynécologique dans des populations présentant diverses situations de précarité et/ou de vulnérabilité sociale³. L'outil varie de 0 à 7, du risque le plus faible au risque le plus élevé de non recours aux soins.

Des relations score-dépendantes sont observées entre l'indicateur NORES avec :

- le non recours au médecin, au dentiste et le non suivi gynécologique
- un mauvais état de santé perçue
- divers indicateurs de morbidité (en particulier : tabac, obésité, maigreur, hyperglycémie, anémie, présence de caries non traitées).

Sont considérés à risque élevé de non recours aux soins, les individus avec un score supérieur à 4.

Questionnaire Nores d'évaluation du risque de non recours aux soins

Questions	Oui	Non
Avoir moins de 30 ans	1	0
Ne pas vivre en couple	1	0
Niveau d'étude Ne pas savoir lire ou écrire le français ou Etre sans diplôme	2	0
Etre au chômage	1	0
Couverture maladie complémentaire Etre bénéficiaire de la CMUC ou Etre bénéficiaire d'une autre aide que la CMUC ou Etre sans Complémentaire	2	0

¹ Le réseau des CES réalise pour le compte de l'Assurance Maladie environ 600 000 examens de santé par an.

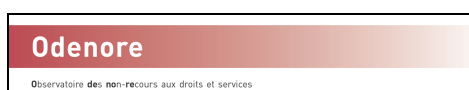
² Examens de santé réalisées entre 2002 et 2005 : 1 427 431 hommes et femmes âgés de 16 à 59 ans.

³ Jeunes de 16-25 ans en insertion, bénéficiaires de la CMUC, chômeurs de plus d'un an travailleurs en emploi non stable ou stable à temps partiel, travailleurs en emploi stable à temps plein déclarant rencontrer des problèmes financiers, travailleurs et chômeurs de moins de un an en situation de vulnérabilité sociale (selon le score EPICES).

Calcul

Les 5 questions doivent être renseignées.

Score obtenu par addition des réponses aux 5 questions.



Information · Prévention · Santé

¹⁵ http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/Resume_rech_fr.pdf

Observations & Etudes n° 17

Titre :	Le non recours des publics accueillis par une structure d'accompagnement social. Requêtes statistiques sur les données sociales du Service d'accompagnement temporaire vers l'insertion sociale (SATIS).
Auteur(s) :	Catherine Chauveaud, Philippe Warin.
Destinataire(s) :	SATIS, CCAS de Grenoble.
Date de publication :	Avril 2006.
Méthodes :	Requêtes statistiques, entretiens avec les travailleurs sociaux, animation d'un groupe de suivi de l'étude.
Echelle :	Agglomération.
Résultats principaux :	L'analyse statistique porte sur les personnes pour lesquelles l'accompagnement social s'est achevé au cours de l'année 2005 (n = 155). Elle indique que 41% n'avaient aucune ressource financière à leur entrée au SATIS. Parmi celles-ci, 14% ont quitté le SATIS sans ressources non plus. Toutes les autres, soit 86%, ont accédé à des ressources, sous forme de salaires (22% d'entre elles) ou d'aides sociales (62%) et notamment le RMI (près d'1 personne sur 3). Cette distribution indique une forte récupération d'aides sociales, significative d'un non recours massif aux prestations sociales au moment de l'arrivée dans cette structure spécialisée. Toutefois, 32% des personnes sans ressources à leur arrivée ont interrompu d'elles-mêmes leur parcours d'insertion. Elles ne donnent plus de nouvelles après le premier rendez-vous, partent sans rien dire, n'effectuent pas les démarches, ne viennent pas aux rendez-vous. Il y a de fortes chances qu'elles replongent dans les difficultés et se trouvent à l'écart de droits qui auraient pu être activés.
Accès à l'étude :	http://Odenore.msh-alpes.prd.fr (page Travaux / Works)
Source :	http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/

ANNEXE 4

Faciliter l'accès à la santé pour tous



Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire

Vous avez du recevoir un courrier de votre CPAM en décembre 2007 vous expliquant tout l'intérêt de souscrire une complémentaire santé. A ce jour vous n'en avez pas. Nous souhaiterions connaître vos raisons. Cela nous aidera à améliorer l'accès de tous à une complémentaire santé.

Ne cochez qu'une seule réponse

Vous êtes

Vous êtes :

- Une femme Un homme

Vous avez :

- Moins de 25 ans De 25 à 29 ans
 De 30 à 34 ans De 35 à 39 ans
 De 40 à 44 ans De 45 à 49 ans
 De 50 à 54 ans De 55 à 59 ans
 Plus de 60 ans

Vous vivez :

- En couple sans enfant En couple avec un ou plusieurs enfants
 Seul(e) avec un ou plusieurs enfants Seul(e)

Votre diplôme le plus élevé :

- Aucun diplôme Brevet des collèges
 BEP, CAP ou équivalent Bac général
 Bac professionnel ou technique Bac + 2
 Diplôme supérieur à bac + 2

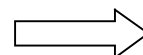
Etes-vous au chômage actuellement ?

- Oui Non

Avez-vous fait votre déclaration de médecin traitant ?

- Oui Non

Votre adresse complète :



Faciliter l'accès à la santé pour tous



Ne cochez qu'une seule réponse

Vos raisons de ne pas souscrire une complémentaire santé

En plus du courrier de la CPAM, avez-vous eu d'autres informations sur l'intérêt d'une complémentaire santé ?

- Oui Non

Si oui, de quelle façon ?

- Lors d'un accueil personnalisé à la CPAM Lors d'un accueil personnalisé à la CAF
 Lors d'une Information Collective pour les bénéficiaires du RMI Par une information écrite du Conseil Général donnée à l'instruction du dossier RMI
 Autre

Si autre, précisez :

Vous n'avez pas de complémentaire santé. Pourquoi ? Cochez la raison principale pour vous :

- "J'en ai eu une dans le passé, je n'ai pas trouvé utile de la renouveler" "Je n'en ai pas besoin car je ne suis jamais malade"
 "Les démarches à faire ne sont toujours pas claires pour moi" "Financièrement, c'est trop lourd pour moi"
 "Quand j'ai des frais médicaux, j'accepte de n'être remboursé(e) qu'en partie" "Je n'arrive pas à prendre le temps pour faire la démarche"
 "Il y en a assez d'avoir des assurances pour tout" Autre

Si autre, précisez :

Suite à ce nouveau courrier, pensez-vous souscrire une complémentaire santé dans les prochaines semaines ?

- Oui Non

Acceptez-vous de nous laisser un numéro de téléphone pour vous recontacter dans le cadre de cette enquête ?

- Oui 0 _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Non