

« 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 DIIESSES – Themeris, signée le 28 octobre 2008

Rapport final

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

&

Avis d'expertise

Peter Knoepfel (IDHEAP)

Novembre 2009

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services

idheap

Institut de hautes études en administration publique
Swiss Graduate School of Public Administration
Institut universitaire autonome

L'Université pour le service public

Sommaire

Remerciements

Liste des sigles

1. OBJECTIF ET CONSTRUCTION DE L'EXPERIMENTATION	5
1.1. AMELIORER L'EFFECTIVITE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE POUR LES PLUS DEMUNIS	5
1.2. « ACTIONS D'INFORMATION » ET « ACTIONS D'EXPLICATION »	7
1.3. LES ACTIONS D'EXPLICATION : UN PLAN D'ACTION PARMIS D'AUTRES	14
1.4. LES LIMITES DE L'EXPERIMENTATION	15
1.5. L'ORGANISATION GENERALE DE L'EXPERIMENTATION	16
1.5.1. Groupe Témoin.	16
1.5.2. Groupe Contrôle.	17
2. PRESENTATION DES RESULTATS	18
2.1. GROUPE TEMOIN	18
2.1.1. Expliquer l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA	18
2.1.2. Expliquer La CMU-C et l'ACS aux patients de Centres de santé	23
2.1.3. Résultats d'enquêtes complémentaires au Groupe Témoin	26
2.2. GROUPE CONTROLE	28
2.2.1. Conclusions du groupe de « qualification mutuelle »	28
2.2.2. Résultats d'une enquête complémentaire au Groupe Contrôle	34
3. SYNTHESE GENERALE	36
4. AVIS D'EXPERTISE	42
Annexe 1.	49
Réorientation de l'objectif initial de l'expérimentation et adaptation de la méthode.	
Annexe 2.	52
Initiatives illustrant certaines propositions du Groupe Contrôle.	

REMERCIEMENTS

Ce travail a été conduit grâce à l'implication de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Grenoble, de l'échelon du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône Alpes, du Service Retraite de la CRAM Rhône Alpes, du Conseil général de l'Isère (CG38), et de l'Association des centres de santé de Grenoble (AGECSA). Nous remercions l'ensemble de ces acteurs.

La réalisation des différentes enquêtes doit beaucoup aux assistantes sociales du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône Alpes et à leur responsable, aux secrétaires médicales de l'AGECSA et à leur coordinatrice, aux habitants et professionnels du groupe de qualification mutuelle ainsi qu'à son animatrice, Suzanne Rosenberg. Nous adressons à toutes et tous nos très chaleureux remerciements.

Nous associons à ces remerciements les membres du comité technique de suivi de l'expérimentation. Leur participation active au comité et leur lecture des productions intermédiaires ont permis de faire progresser le travail. Ce comité a réuni :

- Monsieur Berthuin, directeur adjoint du Développement Social au Conseil Général de l'Isère
- Madame Chauveaud, chargée d'études à ODENORE.
- Madame Croizat, responsable régional du Service Social de la CRAM Rhône-Alpes
- Madame Dauchy, responsable du Service Social CRAM de l'Isère
- Monsieur Meyet, attaché de direction Service Retraite de la CRAM Rhône-Alpes
- Madame Revil, doctorante à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble.
- Monsieur Philippe Warin, directeur de recherche CNRS, responsable de l'Equipe de Recherche Technologique ODENORE.

La réflexion d'ensemble a également bénéficié des échanges avec l'évaluateur de l'étude, Peter Knoepfel, Professeur à l'Institut des Hautes Etudes en Administration Publique de Lausanne. Nous lui en sommes très reconnaissants.

Enfin, nous remercions le Haut Commissariat aux Solidarités Actives contre la pauvreté d'avoir permis la production de cette expérimentation.

LISTE DES SIGLES

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACS : Aide Complémentaire Santé
AGECSA : Association de GEstion des Centres de Santé
AME : Aide Médicale d'Etat
API : Allocation Parent Isolé
ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CASU : Commission d'Action Sociale d'Urgence
CETAF : CEntre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Etudes et des Statistiques
EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé
FSV : Fonds de Solidarité Vieillesse
HCSA : Haut Commissariat aux Solidarités Actives contre la pauvreté
OC : Organisme Complémentaire
ODENORE : Observatoire DEs NOn REcours aux droits et services
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PIMMS : Point d'Information Médiation Multi Services
POPS / POint Précarité Santé
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SATIS : Service d'Accompagnement Temporaire vers l'Insertion Sociale

1. OBJECTIF ET CONSTRUCTION DE L'EXPERIMENTATION

« L'objectif 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 complémentaire CMU ou à l'ACS ?* »¹

1.1. AMELIORER L'EFFECTIVITE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE POUR LES PLUS DEMUNIS.

L'expérimentation sociale « Expliquer la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide Complémentaire Santé (ACS) » a été réalisée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), en partenariat avec la Caisse régionale d'assurance maladie Rhône-Alpes (CRAM), le Conseil général de l'Isère (CG38) et l'Association des centres de santé de Grenoble (AGECSA). Elle a été menée pour tester une *hypothèse d'intervention* établie pour tenter de résoudre mieux le *problème public* d'une précarité économique dans l'accès aux soins due à l'absence de complémentaire santé chez les populations qui peuvent obtenir une complémentaire gratuite ou une aide à l'acquisition d'une mutuelle. On estime que le renoncement aux soins pour des raisons financières toucherait 32% des personnes sans complémentaire santé, contre 13% de celles disposant d'une complémentaire autre que la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), se concentrant sur les consultations de spécialistes, les soins bucco-dentaires et l'optique². Dans ces conditions, les mesures de participation financière des patients³, prises sous couvert de responsabiliser les patients, ont pour effet de compliquer l'accès au système de soins, en particulier des catégories les plus modestes, voire de produire des effets dissuasifs⁴. Cette expérimentation cherche donc à vérifier que l'effectivité de la complémentaire santé pour les plus démunis passe par une égalisation des chances, grâce au développement d'actions d'explication, ciblées et individualisées, différentes de l'information administrative courante, adressée en masse et de façon impersonnelle. Son but est donc d'identifier la plus value pouvant être accordée à des actions d'explication qui, de façon expérimentale ou routinière, sont mises en œuvre dans différentes structures. Comme nous allons le voir, cette hypothèse d'intervention répond à une hypothèse particulière sur la cause du problème à résoudre, si bien qu'elle paraît résulter d'un choix politique fort.

Cette expérimentation réalisée fait suite au travail conduit par l'ODENORE avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Grenoble, du Service Social de la CRAM Rhône Alpes, pour mettre au point une méthode d'identification des populations bénéficiaires de minima sociaux qui sont sans complémentaire santé⁵. Elle porte sur les pistes d'action qui peuvent améliorer l'accès à une complémentaire santé et ainsi même le recours aux soins. Elle s'inscrit de cette façon dans la réflexion actuelle sur l'effectivité de la complémentaire santé

¹ Projet « Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux – Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles », Réponse de l'ODENORE à l'Appel à projets « Expérimentations Sociales » 2008, p. 1.

² B. Kambia-Chopin, M. Perronnin, A. Pierre et T. Rochereau, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n°132, 2008.

Haute Autorité de Santé, *La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens – Document de travail*, Mission Etudes et Recherches, septembre 2007 ; S. Chambaretaud, L. Hartmann, « Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe », *Pratiques et Organisation des Soins*, 40 (1), 2009, p. 31-38.

³ M. Elbaum, « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », *Lettre de l'OFCE*, n°301, septembre 2008.

⁴ M. Elbaum, *Economie politique de la protection sociale*, Paris, PUF, 2008.

⁵ H. Revil, « Identifier des populations en non-recours aux dispositifs de l'Assurance maladie : proposition méthodologique », *Recherches et Prévisions*, n° 93, 2008, p. 102-109. Ce travail est présenté dans le Rapport n° IV juillet 2009 d'évaluation de la loi CMU établi par le Fonds CMU (pp. 67-68) :

http://www.cmu.fr/userdocs/221-8_Rapport_Evaluation_2007.pdf

ciblée sur les plus démunis et ses possibilités d'amélioration. Les deux dispositifs pris en compte constituent en effet la clé de voûte de l'accès à une complémentaire santé pour les plus démunis. En théorie, ils apportent, soit par la gratuité d'une complémentaire accordée sous conditions de ressources (la CMU-C), soit par l'aide à l'acquisition d'une mutuelle payante (avec l'ACS), elle aussi conditionnelle, une réponse globale au *problème public* de manque de ressources financières que rencontrent les plus démunis pour se doter d'une complémentaire santé qui leur permettrait une prise en charge totale ou partielle de leurs frais de santé (voir encadré).

La protection maladie des plus démunis

La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). Les personnes dans cette situation sont prises en charge par le régime général au titre de votre résidence en France. Cela concerne en 2008, 1,7 million de personnes.

La couverture maladie universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais. La CMU complémentaire est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond. La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. La couverture complémentaire peut être gérée par le régime de sécurité sociale de base (CPAM) ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurances, institution de prévoyance) inscrit sur la liste des organismes volontaires. Les dossiers de demande de CMU complémentaire sont instruits par les CPAM. En 2008, 4,2 millions de personnes (tous régimes ; Métropole et DOM) bénéficient de la CMU complémentaire.

L'aide complémentaire santé, initialement dénommée crédit d'impôt, consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. C'est une attestation qui se présente sous forme d'un « chèque santé » de 100 à 500 € selon l'âge. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 %. Le montant de l'aide complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année. La demande d'aide complémentaire santé est à faire auprès de votre caisse d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet au demandeur une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation (ou « chèque santé ») à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, le demandeur bénéficie de la réduction sur le contrat santé individuel qu'il aura choisi de souscrire ou qu'il aura déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer. Si le contrat vaut par exemple 400 € et que la réduction est de 200 €, le bénéficiaire de l'ACS ne paiera que la différence, soit 200 €. Les CPAM peuvent majorer l'ACS par un supplément accordé sur présentation d'une demande à la commission décisionnaire locale. D'après les estimations, 2 millions de personnes seraient susceptibles de pouvoir bénéficier de l'ACS ; on estime à 21% la proportion de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation.

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) complète le système de protection maladie des plus démunis. Ce dispositif n'est pas pris en compte dans le cadre de cette expérimentation. L'AME vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande). A titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale. La demande d'aide médicale est instruite par les caisses d'assurance maladie du régime général. L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire. Les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier. 130 000 personnes environ ont eu accès à l'aide médicale de l'Etat en 2004.

Sources : Fonds CMU - <http://www.cmu.fr/site/index.php4> - Références - Lettre du Fonds CMU, n° 36, juillet 2009

La mise en œuvre des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS fait pourtant l'objet de phénomènes de *non-recours*, c'est-à-dire de non ouverture de droits potentiels. De façon schématisée plusieurs situations apparaissent, partant de populations d'allocataires de minima sociaux, qui, du fait de ces allocations, peuvent être éligibles à la CMU-C ou à l'ACS. Exemples :

- des allocataires du RMI **sans** complémentaire santé, pourtant éligibles à la CMU-C.
- des allocataires de l'AAH **avec** complémentaire, mais **sans** demande d'ACS.
- des allocataires de l'AAH **sans** complémentaire, et **sans** demande d'ACS.
- des allocataires de l'API **sans** complémentaire santé, pourtant éligibles à la CMU-C.

Ainsi le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) indique dans son Rapport 2009 d'évaluation de la loi CMU : « On [évaluation DREES] évalue à 80% de la population cible le nombre de bénéficiaires de la CMU-C, là où l'ACS ne touche qu'un peu plus de 20% des bénéficiaires potentiels » (p. 59). Au local, l'ODENORE et les organismes sociaux ont présenté des résultats comparables à ceux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères du Travail et de la Santé⁶. Ainsi, fin 2007 dans le département de l'Isère : 15 % des allocataires du Revenu minimum d'insertion (RMI) n'avaient aucune complémentaire santé (ni la Couverture maladie universelle complémentaire, ni une autre complémentaire) ; 25 % des allocataires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) n'avaient pas de complémentaire et parmi eux 92 % n'avaient pas demandé l'ACS, le taux de non demande de l'ACS étant d'ailleurs le même parmi les allocataires de l'AAH avec une complémentaire santé. Ces situations indiquent les limites du système de protection français destiné aux plus démunis⁷.

A noter qu'au moment de la préparation du projet nous étions encore à l'heure du RMI. C'est pourquoi nous parlons d'allocataires du RMI tout au long du rapport.

Prises ensemble, ces mesures du non-recours à la CMU-C et à l'ACS, mettent en question l'effectivité des dispositifs CMU-C et ACS, puisqu'elles indiquent un décalage entre *les impacts prévus* (améliorer la couverture maladie complémentaire des plus démunis, par la gratuité ou l'aide à la mutualisation) et *les impacts réels* (l'absence de complémentaire chez une partie des populations potentiellement éligibles). Autrement dit, la présente expérimentation cherche explicitement à palier ce déficit d'effectivité de la CMU-C et de l'ACS en apportant des conclusions susceptibles de faciliter l'accès à ces dispositifs.

1.2. « ACTIONS D'INFORMATION » ET « ACTIONS D'EXPLICATION ».

Les éléments d'évaluation disponibles pour expliquer ces phénomènes de non-recours, et à travers eux le problème d'effectivité de la CMU-C et de l'ACS, ont tous souligné la méconnaissance des dispositifs, aussi bien par les bénéficiaires potentiels que par les agents professionnels censés les informer et les accompagner vers ces dispositifs. Nous référant une nouvelle fois aux travaux collectifs menés au local en lien avec le Fonds CMU et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les résultats validés par les institutions parlent d'eux-mêmes : « 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, le reste par le bouche à oreille. Pour 65 % des allocataires du RMI, 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. La mauvaise compréhension des modalités du renouvellement et la complexité du dispositif sont ici les causes principales du non recours. » - « 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 % d'entre eux ne disposent d'aucune information et nombreux sont eux qui n'ont jamais entendu parler de l'ACS. Même les allocataires qui ont une

⁶ Hélène Revil, Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide complémentaire santé (ACS), ODENORE, *Observations & Etudes* n° 25, septembre 2008.

http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/NR_CMUC_ACS_synth_sept08.pdf

⁷ Bien qu'il s'agisse ici de complémentaire santé, les taux de non-recours sont comparables à ceux relatifs à l'absence de couverture maladie aux Etats-Unis (15,3% de la population américaine) : Philippe Frémeaux, « Obama bataille pour la santé », *Alternatives économiques*, n° 284, octobre 2009, p. 40-42.

complémentaire santé et qui pourraient donc rapidement bénéficier d'une remise de cotisation ne demandent pas cette aide car ils ne la connaissent pas. »⁸.

L'analyse statistique complémentaire réalisée par ODENORE à partir des données produites par l'enquête menée en Isère en 2008 auprès d'allocataires du RMI sans complémentaire (n = 429), de l'AAH avec complémentaire mais sans ACS (n = 510), et de l'AAH sans complémentaire et sans ACS (n = 166)⁹ apporte d'autres résultats significatifs. Ils sont présentés tout au long du texte sous forme d'encadrés comme ci-dessous.

Concernant les actions d'information, deux constats apparaissent : l'information pourrait être davantage relayée et elle a besoin d'explications.

Une information qui pourrait être davantage relayée

Près d'1 allocataire de l'AAH sur 4 **avec** complémentaire santé mais **sans** ACS déclare connaître cette aide à la mutualisation. Parmi ceux qui déclarent la connaître, 48% indiquent la connaître par la CPAM et 27% par des relations ou par les médias, contre 13% par une assistante sociale. En même temps, 51% de ceux qui déclarent savoir que la demande d'ACS se fait auprès de la CPAM, l'ont su par la CPAM et 22% par des relations ou les médias, contre 12% par une assistante sociale.

A l'inverse, 3 allocataires de l'AAH **avec** complémentaire santé sur 4 **ne connaissent pas** l'ACS. Parmi eux, 46% des personnes ont rencontré au moins une fois un travailleur social au cours de l'année écoulée et 26% au moins deux fois ; plus de 4 personnes sur 5 ont l'AAH depuis plus de 3 ans et près de 2 sur 3 depuis plus de 10 ans.

Il y a également 3 allocataires de l'AAH **sans** complémentaire santé sur 4 qui déclarent **ne pas connaître** l'ACS. Parmi eux 46% ont rencontré au moins une fois une assistante sociale au cours de l'année écoulée, 33% au moins deux fois. Dans cette population qui ignore l'existence de l'ACS, 3 personnes sur 4 ont l'AAH depuis plus de 3 ans et 3 sur 5 depuis plus de 10 ans. Maintenant, parmi les allocataires de l'AAH sans complémentaire déclarant connaître l'ACS, 24% la connaissent par la CPAM, 20% par des relations ou par les médias, et 31% par une assistante sociale.

Parmi les allocataires du RMI **sans** complémentaire santé, 16% ne connaissent pas la CMU-C. Parmi ceux-là seulement un peu plus de 2% n'ont jamais vu d'assistante sociale au cours des douze derniers mois, alors qu'ils sont 60% à en avoir vu une au moins deux fois.

Une information qui a besoin d'explications

Concernant l'ACS, plus d'1 allocataire de l'AAH sur deux, avec ou sans complémentaire santé, déclare ne pas être suffisamment informé sur les démarches à accomplir pour en bénéficier. Dans le petit nombre ayant demandé l'ACS, 1 personne sur 2 également indique que les démarches sont compliquées. Et 2 personnes sur 3, parmi celles qui ont utilisé l'attestation délivrée par la CPAM pour bénéficier de l'ACS (soit 6% du total de la population enquêtée), indiquent que les démarches auprès de leur organisme complémentaire sont également compliquées.

Parmi les allocataires de l'AAH sans complémentaire qui déclarent connaître l'ACS, 10% ne savent pas que la demande se fait auprès de la CPAM ; ils sont 13% parmi les allocataires de l'AAH avec complémentaire. Dans l'un et l'autre de ces deux groupes, ils sont respectivement 7% et 13% à ignorer que l'ACS permet une prise en charge partielle du coût d'une complémentaire.

Concernant la CMU-C, 46% des allocataires qui déclarent la connaître (soit 84% du total des allocataires du RMI enquêtés) ont su son existence par une assistante sociale, 22% par la CPAM. La qualité de l'information reçue paraît variable : 20% des allocataires renseignés par la CPAM disent ne pas savoir que la CMU-C peut être gérée par la CPAM ou par un organisme complémentaire de leur choix, ils sont 49% lorsqu'une assistante sociale les a informés ; en revanche, 26% dans un cas contre 22% dans l'autre indiquent ne pas savoir que l'obtention de la CMU-C n'est pas automatique.

En même temps, 31% des allocataires du RMI informés par la CPAM de l'existence de la CMU-C déclarent que les démarches à mettre en œuvre pour bénéficier de la complémentaire ne leur ont pas été expliquées précisément ; ils sont 22% dans ce cas lorsque l'information provient d'une assistante sociale. Lorsqu'ils ont eu la CMU-C dans le passé, ils sont 32% à avoir trouvé les démarches compliquées alors qu'ils avaient été aidés par la CPAM (service social ou accueil) pour effectuer les démarches.

Source : Analyse statistique complémentaire – Données Enquête H. Revil 2008.

⁸ Héléna Revil, op. cit., septembre 2008.

⁹ Idem.

Ces observations et d'autres ont attiré l'attention des institutions sur une cause particulière du manque d'effectivité : le déficit d'information utile et suffisante. Cela n'a pas échappé à la CNAMTS qui a demandé aux Caisses locales de mieux informer les personnes sur leurs droits. Le besoin d'effort sur ce plan est devenu un leitmotiv partagé par les institutions gestionnaires. Des actions concrètes ont répondu à cette incitation.

Les résultats des actions d'information, organisées à partir de courriers à caractère administratif adressés en masse aux bénéficiaires potentiels de la CMU-C ou de l'ACS qui ont été repérés suite au travail de requête sur les bases de données, sont cependant limités :

- L'action d'information de masse expérimentée en décembre 2007 par la CPAM de Grenoble auprès des 1856 allocataires du RMI détectés sans complémentaire en septembre de la même année a conduit à l'ouverture de 244 CMU-C (213 gérées par la CPAM ; 31 par un organisme complémentaire). L'action a conduit à une ouverture de droits pour 13% de la population ciblée.
- Le bilan provisoire de la généralisation opérée par la CNAMTS de l'action d'information de masse expérimentée à Grenoble en 2007, cette fois en direction de bénéficiaires potentiels de l'ACS détectés sans aucune complémentaire santé, indique un résultat comparable : 13% des courriers adressés par 77 Caisses (sur 126 CPAM) ont fait l'objet de retours, soit 62 195 demandes d'ACS sur 469 781 courriers envoyés. Parmi les demandes reçues, 54% (soit 33 751) ont fait l'objet d'une remise d'attestation de droits¹⁰. Autrement dit, 7% de la population visée se voit proposer la possibilité d'une ACS à l'issue de cette campagne d'information ; ce qui ne signifie pas que les bénéficiaires de l'attestation vont l'utiliser et donc profiter effectivement de l'aide financière à l'acquisition d'une mutuelle.
- Même lorsque les actions d'information de masse sont répétées, les résultats restent modestes :
 - o A la suite de cette opération nationale, les actions de relance auprès des populations qui ont reçu des premiers courriers – entreprises à l'initiative de la CNAMTS dans trois Caisses locales : Isère, Haut-de-Seine, Haute-Marne – indiquent des taux de retour à cette seconde vague de courriers variant entre 16 et 22%. Autrement dit, au mieux 1 personne sur 5 se manifeste suite à cette information supplémentaire. C'est peu, d'autant qu'au final : 48 à 69% des répondants bénéficieront effectivement de l'ACS, 4 à 17% sont orientés vers la CMU-C et l'obtiennent, et 26 à 35% ne bénéficient ni de l'ACS, ni de la CMU-C¹¹.
 - o Ainsi, la relance effectuée par la CPAM de Grenoble, en lien avec les auteurs de la présente expérimentation, à six mois d'intervalle, indique-t-elle un taux de retour de 30%. Si les dossiers retournés (le formulaire avait été joint au courrier) sont dans leur très grande majorité complets, ce qui signale que les répondants comprennent le courrier reçu, on s'aperçoit aussi qu'une partie des retours de courriers (12%) sont liés à des erreurs d'adresse.

¹⁰ *Références – Lettre du Fonds CMU*, n° 35, avril 2009, pp. 3-4.

¹¹ Fonds CMU, Rapport d'évaluation de la loi CMU n° IV, juillet 2009, p. 121.

Les effets limités de ce type d'action d'information ont déjà été relevés¹², alors que son coût a souvent été jugé élevé, en dehors de toute évaluation de l'*efficience allocative* des actions menées (nous n'avons pas pu au local obtenir d'éléments chiffrés malgré nos demandes).

Dans ces conditions, l'amélioration de l'effectivité des dispositifs de la complémentaire santé pour les plus démunis doit être recherchée à partir d'autres *plans d'action*¹³, suivant d'autres logiques d'intervention. L'envoi en masse de courriers est – pour le dire ainsi – la pratique privilégiée des administrations, qui comme les CPAM, ont pour mission principale la gestion de droits. Cette logique du « social administré »¹⁴ n'est pourtant pas la seule envisageable. Les services sociaux de l'Assurance maladie ont en particulier un rôle à jouer dans le but d'améliorer l'effectivité de la CMU-C et de l'ACS. Ils sont déjà mobilisés dans ce sens. Aussi est-il intéressant de comprendre, sinon d'évaluer, la plus value d'actions qui, portées par ces services ou par d'autres acteurs de la protection sociale ou de la santé, se réfèrent davantage à une logique de « l'accompagnement social ». Dans ce cas, l'action menée est construite autrement, suivant un autre plan d'action : elle substitue à une information anonyme adressée en masse à partir de signalements, une étude individualisée des situations fondée sur une démarche proactive, où les services vont vers les personnes et n'attendent pas que celles-ci se manifestent. Dans ce cas, la recherche d'effectivité dans la mise en œuvre des dispositifs CMU-C et ACS modifie la relation aux bénéficiaires : en se portant vers eux, l'action entreprise les décharge de la nécessité de se manifester en retour ; le service qui se présente au bénéficiaire potentiel (dont le repérage en amont reste indispensable) lui explique les dispositifs et l'accompagne dans les démarches administratives. D'une certaine façon, ce que nous appelons « une action d'explication » rétablit une relation de service, au sens où elle porte le service prestataire au devant du bénéficiaire potentiel pour un examen de ses droits en matière d'assurance maladie. Ce plan d'action nécessite d'« aller vers les bénéficiaires », à la fois pour que ceux-ci expliquent leur situation et pour que les agents expliquent les dispositifs possibles (d'où l'appellation « action d'explication »), et pour qu'ensemble, agents et bénéficiaires mettent en route de façon adaptée (notamment en tenant compte de différents calendriers) les procédures d'accès à la CMU-C ou à l'ACS.

La différence entre actions d'information et actions d'explication ne porte pas seulement sur un changement dans les principes d'action (sortir de la logique de l'attente pour se porter vers les bénéficiaires ; traiter individuellement au lieu de traiter en masse ; inscrire le rapport aux bénéficiaires dans une relation de service). Elle met également en jeu les finalités de la politique d'amélioration de l'effectivité des dispositifs de protection sociale. Lorsque l'on part, comme ici, de l'*hypothèse d'intervention* selon laquelle le problème de l'effectivité se règle en accroissant l'égalité des chances, on raisonne en termes d'« états » ou de « capacités » que les individus peuvent atteindre (ici la réduction du problème financier qui entrave l'accès à une complémentaire santé) grâce à des interventions ciblées censées donner aux personnes la possibilité ou l'opportunité réelle d'y accéder (ici des actions d'explication permettant de formuler au mieux les demandes de CMU-C ou d'ACS). Comme nous l'avons indiqué dans le projet d'expérimentation, les actions d'explication de dispositifs complexes produisent un « bien primaire » (connaître son droit) indispensable pour la mise en œuvre de tout plan de vie. Elles décident en pratique des attributs individuels (ici la connaissance des dispositifs de protection) qu'une société juste doit chercher à égaliser entre les individus. Il est crucial de comprendre

¹² Par exemple, le courrier de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) adressé en septembre 2007 à tous les allocataires du minimum vieillesse pour les informer de l'ACS a eu très peu de retours. Autre illustration : le taux de retour des imprimés de choix d'un organisme complémentaire pour une demande de CMU-C est de 11.42% suite au courrier adressé fin 2007 à tous les allocataires du RMI sans complémentaire par les deux CPAM du département de l'Isère.

¹³ Un plan d'action définit les priorités de mise en œuvre d'une politique.

¹⁴ Gilles Nézosi, Philippe Warin (coord.), « La nouvelle administration. Le social administré », *Recherches et Prévisions*, n° 87, mars 2007.

ainsi le sens des actions d'explication, parce qu'elles posent sur le fond les termes d'une alternative politique dans le traitement social des populations les plus démunies :

- Soit, les bénéficiaires potentiels sont tenus pour responsables de leurs préférences et, dans ce cas, l'option consiste à leur communiquer l'information sur leurs droits, et ensuite libre à eux de les saisir où pas. On privilégie un plan d'action organisé sur la diffusion en masse d'une information administrative.
- Soit, on considère que la responsabilité individuelle dépend du degré de choix et de contrôle exercé par l'individu sur sa situation et, dans ces conditions, l'option est de s'assurer que l'information lui parvient bien et est comprise, et de développer, tant que besoin, des processus d'accompagnement vers les droits.

Entre information sur les droits et explication des droits, les plans d'action ne renvoient pas aux mêmes *hypothèses causales*, sachant que celles-ci portent, par définition, sur qui est responsable du problème collectif à résoudre, de la précarité économique dans l'accès aux soins due à l'insuffisante effectivité de la CMU-C et de l'ACS. Dans un cas, le *groupe cible* (considéré à l'origine du problème) est la population d'assurés sociaux sans complémentaire qui sont potentiellement éligibles à la CMU-C ou à l'ACS ; on l'informe alors en masse et à l'identique de façon à ce que celles et ceux qui auraient pu rater une première information accèdent à la CMU-C ou à l'ACS. Dans l'autre cas, le groupe cible, parmi la population d'assurés sociaux sans complémentaire qui sont potentiellement éligibles à la CMU-C ou à l'ACS, est plus précisément la population qui a des difficultés à comprendre l'information pour réaliser les démarches nécessaires pour obtenir la CMU-C ou l'ACS ; il s'agit ici d'intervenir au plus près de personnes « dépendantes dans l'accès à leurs droits » pour les accompagner vers les dispositifs.

Les résultats statistiques issus de l'analyse complémentaire effectuée sur les données de l'Enquête 2008 précédant cette expérimentation sont ici très importants. Ils confirment l'existence d'un groupe cible particulier, au sein même de la population générale des « sans complémentaire santé » et des « sans aide à l'acquisition d'une complémentaire santé », et par là même l'intérêt probable d'un plan d'action « Explication ». En effet, les personnes sans complémentaire CMU mais qui l'ont eue dans le passé, et qui déclarent avoir trouvé les démarches compliquées, constituent un groupe caractéristique. Ce résultat est particulièrement significatif puisqu'il montre que même lorsque le dispositif a été utilisé (les personnes sont donc informées de son existence), son accès reste problématique pour une population, et par conséquent que l'obstacle premier n'est pas seulement le manque d'information.

Le tableau ci-dessous le montre bien : trois variables sont liées de façon très significative au fait de trouver les démarches d'accès à la CMU-C compliquées. Deux renvoient à une insuffisance de l'accueil et de l'accompagnement des personnes dans les démarches administratives : absence d'explication précise sur les démarches à mettre en œuvre ; temps insuffisant consacré par les assistantes sociales qui suivent les allocataires du RMI. Ces difficultés concernent des personnes vulnérables à la précarité. Un lien significatif de dépendance est remarqué avec trois des variables composant le score individuel de vulnérabilité à la précarité (score EPICES)¹⁵ : l'absence de contact avec la famille au cours des 6 derniers mois ; l'impossibilité de compter sur une aide matérielle dans

¹⁵ C'est le seul score individuel multivarié permettant de calculer un risque à la vulnérabilité sociale. Il a été créé à partir de régressions logistiques réalisées sur la base de données des centres d'examen de santé financés par l'Assurance maladie. Cette base a été « redressée » pour être représentative de la population française. C. Sass, J.-J. Moulin, R. Guéguen, *et al.* « 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, 2006. p. 93-96.

l'entourage en cas de difficulté ; l'impossibilité de compter sur une relation pour être hébergé en cas de difficulté. Dit autrement, cette relation statistique indique une forte probabilité pour que la population la plus vulnérable à différentes formes de précarité (des ressources financières mais aussi des supports relationnels) soit aussi plus en difficulté pour accéder au dispositif de la CMU-C. Une politique visant à améliorer son effectivité a donc intérêt à cibler ses actions d'explication sur celles et ceux qui paraissent avoir le moins de chances d'accéder par eux-mêmes à la CMU-C à partir de l'information de base donnée à chacun.

Une population cible pour une action d'explication

L'analyse statistique réalisée par « graphe de relations » montre que les personnes trouvant les démarches compliquées constituent un groupe caractéristique. Un graphe de relation permet de montrer la probabilité de l'existence d'un lien de dépendance entre plusieurs variables.

Le graphe a été établi à partir de la question suivante, adressée aux personnes ayant eu la CMU-C dans le passé : « Avez-vous trouvé les démarches compliquées ? ». Le fait de trouver les démarches compliquées pour accéder à la CMU-C est corrélé à plusieurs variables :

de façon très significative (degré de liberté – ddl – de 1%) à :

- l'absence d'explication précise sur les démarches à mettre en œuvre ;
- l'insuffisance du temps consacré par les assistantes sociales lors des entretiens ;
- un renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois.

	Explication précise sur les démarches à mettre en œuvre	Absence d'explication sur les démarches à mettre en œuvre	Assez de temps consacré par les AS lors des entretiens	Insuffisance du temps consacré par les AS lors des entretiens	Pas de renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois
Complexité des démarches	36	40	43	26	25	52
Non complexité des démarches	151	39	145	29	85	99

Les couples de modalités **soulignés et bleus** sont **sur représentés** par rapport à leur effectif global. L'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique. Cela signifie, sur le plan statistique, un lien très significatif entre le fait de trouver les démarches d'accès à la CMU-C compliquées et la variable identifiée à travers la recherche de dépendance.

Ceux **soulignés et roses** sont **sous représentés** par rapport à leur effectif global. L'effectif réel est nettement inférieur à l'effectif théorique. Cela signifie, sur le plan statistique, aucun lien significatif entre le fait de trouver les démarches d'accès à la CMU-C compliquées ou pas et la variable identifiée à travers la recherche de dépendance.

de façon significative (degré de liberté – ddl – de 5%) à :

- une difficulté à se déplacer facilement ;
- l'absence de contact avec la famille au cours des 6 derniers mois ;
- l'impossibilité de compter sur une aide matérielle dans l'entourage en cas de difficulté ;
- l'impossibilité de compter sur une relation pour être hébergé en cas de difficulté.

	Pas difficulté à se déplacer facilement	Difficulté à se déplacer facilement	Contact avec la famille au cours des 6 derniers mois	Absence de contact avec la famille au cours des 6 derniers mois	Possibilité de compter sur une aide matérielle dans l'entourage en cas de difficulté	Impossibilité de compter sur une aide matérielle dans l'entourage en cas de difficulté	Possibilité de compter sur une relation pour être hébergé en cas de difficulté	Impossibilité de compter sur une relation pour être hébergé en cas de difficulté
Complexité des démarches	46	32	37	38	25	51	30	46
Non complexité des démarches	140	56	123	69	92	100	109	85

Les couples de modalités **soulignés et bleus** sont **sur représentés**. L'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique. Cela signifie, sur le plan statistique, un lien très significatif entre le fait de trouver les démarches d'accès à la CMU-C compliquées et la variable identifiée à travers la recherche de dépendance.

Ceux **soulignés et roses** sont **sous représentés**. L'effectif réel est nettement inférieur à l'effectif théorique. Cela signifie, sur le plan statistique, aucun lien significatif entre le fait de trouver les démarches d'accès à la CMU-C compliquées et la variable identifiée à travers la recherche de dépendance.

Source : Analyse statistique complémentaire – Données Enquête H. Revil 2008.

Cette population particulière peut être repérée par l'application du score EPICES¹⁶, puisque l'échantillon de 429 allocataires du RMI sont, à l'exception de 10 d'entre eux (soit 2,3%), précaires ou très précaires suivant le calcul du score. La population se regroupe très largement dans les quintiles 4 et 5 (précaires, très précaires) et très peu dans les trois premiers quintiles, significatifs d'absence ou de faible vulnérabilité à la précarité.

75. Vulnérabilité à la précarité ?		
	Nb	% cit.
NP : moins de 30,17	10	2,3%
P et TP : 30,17 et plus	419	97,7%
Total	429	100,0%

Un ciblage de l'action d'explication sur cette population paraît d'autant plus nécessaire que les difficultés déclarées pour accéder à la CMU-C sont liées de façon très significative au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois.

Un lien entre renoncement aux soins et démarches d'accès à la CMU-C compliquées		
	Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	Non renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois
Complexité des démarches	52	25
Non complexité des démarches	85	99

Le couple de modalités **souligné et bleu** est **sur représenté**. Il signifie un lien très significatif entre le fait de trouver les démarches d'accès à la CMU-C compliquées et de déclarer avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

Le couple **souligné et rose** est **sous représenté**. Il signifie l'absence de significativité entre le fait de trouver les démarches d'accès à la CMU-C compliquées et de déclarer ne pas avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois

Source : Analyse statistique complémentaire – Données Enquête H. Revil 2008.

Ce résultat est confirmé par les travaux récents de l'ODENORE avec l'équipe « Inégalité de santé et précarités » du CETAF (auteur du score EPICES) réalisés pour l'Agence Nationale de la Recherche sur le non-recours aux soins des actifs précaires¹⁷. Ces travaux indiquent que la prévalence du risque de non recours aux soins est 1.7 à 2 fois plus élevé quand les personnes sont sans complémentaire santé que lorsqu'elles ont une mutuelle complémentaire. En effet, L'enjeu d'une action d'explication ciblée et personnalisée n'est donc pas seulement d'égaliser les chances pour accéder aux dispositifs de protection, mais aussi de réduire de cette façon en partie les inégalités sociales de santé.

¹⁶ 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 catégorie « non précaire » est de 30,17. Les « très précaires » par convention sont situés dans les quintiles 4 et 5.

Les questions :

- 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(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? (-7.10)
- 8) Etes-vous parti(e) 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 ?
- 11) > Vous apporter une aide matérielle ?

¹⁷ Catherine Chauveaud, Carine Chatain, Stéphanie Gutton, Emilie Labbe, Jean-Jacques Moulin, Catherine Sass, Antoine Rode, Philippe Warin, Le non-recours aux soins des actifs précaires. Rapport de recherche pour le programme SE/ST de l'Agence Nationale de la Recherche, janvier 2009. <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n29.pdf>

1.3. LES ACTIONS D'EXPLICATION : UN PLAN D'ACTION PARMIS D'AUTRES.

Les actions d'explication ne sont pas les seuls plans d'action envisageables pour accroître l'effectivité des dispositifs au-delà des gains obtenus par des actions d'information de masse. On peut signaler, à titre d'exemple, la possibilité de deux autres plans d'action:

- Le développement de la « @administration » (ou administration par internet) est une autre solution. Son développement dans les administrations et les services publics obligerait à penser sa contribution dans une réponse globale au problème d'effectivité visé, d'autant que des travaux récents relativisent la crainte première d'une « fracture numérique »¹⁸ ; mais cela dépasse le cadre de la présente expérimentation. Sans contester ces résultats, le « groupe de qualification mutuelle » mis en place dans le cadre de cette expérimentation (cf. infra) a cependant clairement fait apparaître que l'accès la communication par internet était encore loin de pouvoir être considéré comme support principal des relations avec les assurés sociaux les plus démunis. Le film « *Tous pour une complémentaire santé* » issu des travaux de ce groupe illustre avec beaucoup de réalisme les obstacles à lever pour qu'un tel plan d'action soit mis en œuvre avec des chances suffisantes de succès¹⁹.

Le site internet de la CPAM : un moyen d'information encore secondaire

42% des allocataires de l'AAH avec une complémentaire mais sans ACS ont reçu une information sur cette aide par la CPAM, seuls 1,6% d'entre eux l'ont obtenue en « surfant » sur le site de la Caisse.

24% des allocataires de l'AAH sans complémentaire ayant reçu une information sur l'ACS l'ont obtenue par la CPAM, aucun à partir du site de la Caisse.

Source : Analyse statistique complémentaire – Données Enquête H. Revil 2008.

- Une autre façon d'améliorer l'effectivité des droits consiste à développer leur automaticité. Cet autre plan d'action renvoie à un débat actuel très important, que le Fonds CMU, par exemple, n'a pas manqué de rappeler dans son dernier Rapport d'évaluation de la loi CMU. L'automaticité consisterait, par exemple, à ouvrir systématiquement la CMU-C aux allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) « socle » (soit l'ancien RMI²⁰). Lorsque le non-recours à une complémentaire santé touche 16% des allocataires du RMI d'un département et que l'on extrapole ce taux à l'ensemble des allocataires du RMI au niveau national, soit 1,130 million de personnes en mars 2009, ce ne seraient pas moins de 180 000 personnes qui pourraient être directement concernées par l'attribution automatique de la CMU-C. Alors que la lutte contre la fraude mobilise les pouvoirs publics, il est intéressant de rapporter cette estimation aux 220 cas de fraude sur la CMU de base et aux 588 cas pour la CMU-C détectés en 2008 respectivement parmi 1,7 million de bénéficiaires de la CMU de base et 4,3 millions en CMU-C²¹.

¹⁸ Se reporter avec intérêt à l'article de Laëtitia Roux-Morin, « Administration électronique et qualité du service public. L'exemple de la branche Famille », *Recherches et Prévisions*, n° 86, décembre 2006, p. 33-42.

¹⁹ *Tous pour une complémentaire santé*, @ODENORE, 2009, film de 20 minutes, production : Soft Audiovisuel.

²⁰ Le « RSA socle », pris en charge par les départements, correspond aux dépenses actuelles de RMI et d'Allocation parent isolé (API) diminuées du montant de l'intéressement proportionnel et forfaitaire. Le « RSA chapeau » est financé par le Fonds national de solidarité active (FNSA) ; il constitue un complément de revenu pour les travailleurs pauvres.

²¹ Fonds CMU, op. cit., p. 5.

La réponse en terme d'automatisme des droits est manifestement en attente de décision politique. Dans beaucoup de pays, la solution est à l'étude ou en débat. Un récent rapport du gouvernement canadien, de synthèse de la littérature internationale sur « la non participation aux programmes sociaux » et de rapports d'évaluation de différents programmes sociaux canadiens, préconise l'offre automatique de prestations parmi les quatre grandes pistes d'amélioration de la participation des bénéficiaires potentiels²². Ce même rapport montre que le manque de connaissance des programmes par les bénéficiaires potentiels est le motif de non participation le plus systématiquement pointé dans les travaux pris en compte. Il est signalé dans 65% des cas, contre 44% pour la lourdeur des procédures administratives ou 26% pour les gains et coûts anticipés par le demandeur.

L'automatisme des droits apparaît donc comme un possible plan d'action pour améliorer l'effectivité des dispositifs. Des acteurs locaux l'ont mise en œuvre. Ainsi, avons-nous pu constater récemment, au cours de relations de travail avec la direction de l'une des CPAM de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur que cette Caisse procédait délibérément de façon automatique à l'ouverture de CMU-C après avoir constaté que le défaut de complémentaire santé concerne 7% de son public²³. Ce qui est fait au niveau local, ne peut-il l'être au national ?

D'autres plans d'action pourraient être cités. L'importance accordée à la question des refus de soins par les pouvoirs publics indique manifestement que la construction d'une politique générale d'amélioration de l'effectivité de la complémentaire santé pour les plus démunis passe aussi par la mise en œuvre d'un plan d'action visant à empêcher ces discriminations²⁴.

1.4. LES LIMITES DE L'EXPERIMENTATION.

Ces remarques sur la possibilité de différents plans d'action au service d'une politique d'amélioration de l'effectivité de la complémentaire santé pour les plus démunis conduisent à indiquer les limites mêmes de cette expérimentation.

Premièrement, les actions d'explication ne peuvent pas être considérées comme la seule solution. D'autres plans d'action peuvent être envisagés. Nous ne les avons pas pris en compte au départ dans le projet d'expérimentation, ce qui rend impossible la comparaison des résultats entre différents plans d'action. Cela étant, en portant le regard sur quelques expériences étrangères, on peut convenir – nonobstant les différences entre les systèmes de protection, les acteurs et contextes institutionnels – que certains types de plan d'action sont explicitement au cœur de politiques d'amélioration de l'effectivité

²² Voir la synthèse internationale présentée par la Direction de l'évaluation « Ressources humaines et développement des compétences » du Canada : Participation au programme : synthèse des résultats et leçons apprises des évaluations – Rapport préliminaire, septembre 2009 (pour lequel une « expertise par les pairs » a été demandée à l'ODENORE – septembre 2009). Les trois autres pistes d'amélioration sont : « la mise en œuvre d'approches de contact proactives et personnalisées, en personne ou par téléphone, qui ciblent particulièrement les clientèles vulnérables » ; « le recours à des organisations locales situées à proximité des bénéficiaires potentiels » ; « la mise en place d'un processus commun à plusieurs programmes et/ou un guichet unique pour les demandes »

²³ Notons que l'ODENORE et la CPAM en question viennent d'établir une convention de collaboration scientifique pour identifier, analyser et répondre aux phénomènes de non-recours à la CMU-C et à l'ACS à l'échelle du département.

²⁴ La question du refus de soins est abordée comme « problème majeur » dans le Rapport d'évaluation de la Loi CMU n° IV, juillet 2009. L'existence de telles situations ont été confirmées par différentes enquêtes par testing, réalisées auprès de plusieurs catégories de praticiens libéraux du secteur 1 ou 2 (conventionné ou non). Voir en particulier les testing réalisés par l'IRDES à la demande du Fonds CMU :

Fonds CMU, Refus de soins : le rapport 2006.

<http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20refus%20de%20soins%20sans%20annexes.pdf>

Caroline Desprès, Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Rapport pour le Fonds CMU, IRDES, 2009.

<http://www.cmu.fr/userdocs/IRDES%20refus%20de%20soins.PDF>

des dispositifs sociaux, et produisent des résultats probants. Par exemple : l'automatisme des droits aux Pays-Bas²⁵ ; ou en Belgique la centralisation des échanges d'informations dématérialisées dans le but de simplifier les démarches administratives pour les bénéficiaires et de réduire le coût des procédures pour les organismes sociaux²⁶. Dit autrement, nous nous abstenons de considérer *a priori* l'explication comme étant le plan d'action le plus efficace ; l'évaluation comparative de l'efficacité et aussi de l'effectivité de différents plans d'action dépasse les objectifs de cette expérimentation.

Deuxièmement, du fait des changements substantiels qui ont dû être apportés au projet initial de l'expérimentation²⁷, la comparaison envisagée au départ entre actions d'information et actions d'explication n'a pas pu être réalisée. Ces changements contraints ont été validés par le Comité de suivi de l'expérimentation. Aussi le travail réalisé a-t-il consisté à analyser la plus value d'actions d'explication menées par des services sociaux ou de santé, soit de façon innovante, comme ici avec les services sociaux de la CRAM de l'Isère, soit de façon plus routinière, comme avec les Centres de santé de Grenoble.

1.5. L'ORGANISATION GENERALE DE L'EXPERIMENTATION.

Du fait des changements qui ont dû être apportés au projet initial, les groupes dits « témoin » et « de contrôle » de l'expérimentation ont été réorganisés. Les modifications portent ainsi sur le périmètre des deux groupes, mais également sur les méthodes mises en œuvre. Comme expliqué dans l'Annexe 1, la mesure quantifiée de l'efficacité des actions d'information et des actions d'explication initialement prévues étant rendue impossible, les éléments d'évaluation apportés ici concernent uniquement des actions d'explication et sont essentiellement de nature qualitative. Cette réorganisation a conduit à utiliser autrement les moyens consacrés à cette expérimentation, en particulier en renforçant le dispositif de travail mis en œuvre pour le groupe de contrôle, avec la production d'un livrable non prévu au départ, qui est la production par des professionnels d'un film d'une vingtaine de minutes (cf. *supra*, note 19).

1.5.1. Groupe Témoin.

Avec la CRAM Rhône-Alpes, l'expérimentation a porté sur une nouvelle offre de service proposée par l'échelon du service social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes auprès des bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'Allocation supplémentaire et le Complément de retraite ont été fusionnés en un montant unique l'ASPA. Cette allocation unique qui s'adresse aux personnes de plus de 65 ans (de 60 ans dans certains cas : inapte au travail, ancien combattant, mère de famille ouvrière...), ayant peu ou pas cotisé pour leur retraite et qui peuvent ainsi bénéficier d'un revenu minimal. Elle est versée, soit par la caisse de retraite qui verse la retraite ou la réversion, soit par un service spécifique géré par la Caisse des dépôts et consignation, lorsque la personne ne relève d'aucun régime d'assurance vieillesse en France. L'ASPA est composée d'une allocation de base et d'un complément du Fonds national de solidarité vieillesse. L'offre de service expérimentée a pour but d'expliquer l'ASPA et l'ACS (les deux peuvent être liées), et d'aider au remplissage et au portage du dossier de demande d'ACS. Elle repose sur une démarche proactive.

²⁵ Marie-Pierre Hamel, « Les transformations de l'État-providence néerlandais et l'accès aux droits sociaux », *Recherches et Prévisions*, n° 86, 2006, p. 55-63.

²⁶ Franck Robben, Thierry Esterbecq, Peter Maes, « L'expérience de la Banque carrefour de la Sécurité sociale en Belgique », *Recherches et Prévisions*, n° 86, 2006, p. 19-32.

²⁷ Ces changements, validés par le comité de suivi de l'expérimentation et par le représentant du HCSA, sont rappelés dans l'Annexe 1.

L'expérimentation mobilise 3 assistantes sociales de la CRAM de l'Isère qui appellent, puis reçoivent à leur permanence ou se déplacent à domicile selon la préférence des personnes. Elle a concerné 150 allocataires de l'ASPA sur trois mois.

Les Centres de santé de Grenoble ont été retenus dans le cadre de l'étude puisque ces structures développent depuis des années un projet global d'accès aux droits et aux soins, intégré à la fois dans les activités courantes (ce qui est observé ici) et dans des actions spécifiques. Les récentes évolutions du système de santé français semblent ouvrir de nouvelles perspectives pour les centres de santé associatifs. Cet intérêt est motivé par diverses raisons, en particulier une difficulté à mailler de manière satisfaisante le territoire national d'une offre de soins suffisante, et à répondre de manière adaptée à la dégradation de la démographie médicale pour certaines spécialités. A ces raisons quantitatives s'ajoutent des raisons relatives aux questions de santé publique : difficulté à organiser des modes de prise en charge innovants et plus efficaces à destination de populations spécifiques, qu'il s'agisse de patients souffrant de maladie chronique ou de patients présentant des caractéristiques sociales particulières ; difficulté à organiser une régulation de la pratique médicale par l'observation des pratiques et non plus seulement par la mesure de la dépense. Face à ce constat, les centres de santé représentent une réponse possible, aux côtés et/ou en concurrence avec d'autres : maisons de santé, cabinets collectifs. Ils se distinguent par leur grande diversité²⁸. Ils sont conduits aujourd'hui à démontrer leur performance²⁹. Pour ces raisons, nous avons intégré une étude des actions courantes d'explication des compléments santé, apportées par les secrétaires médicales aux patients détectés sans 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 payant³⁰. 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.

1.5.2. Groupe Contrôle.

Un groupe de « qualification mutuelle » a été mis en place avec des assurés sociaux et des professionnels : soit 5 allocataires de l'AAH, 6 du RMI, 2 assistantes sociales de la CRAM Rhône-Alpes, 2 du Conseil général de l'Isère, 1 secrétaire médicale des Centres de santé de Grenoble, 1 animatrice, auteur de la méthode et 2 chercheurs de l'ODENORE. Ce groupe réuni pendant trois jours non consécutifs a procédé par échanges d'expériences et d'analyses sur les difficultés d'accès à la CMU-C et à l'ACS, dans le but de préciser les besoins en termes d'information et d'explication, et de suggérer des pistes d'amélioration pour les actions d'information de masse et proactives d'explication des deux dispositifs.

²⁸ Dominique Acker, *Rapport sur les centres de santé*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des sports, Direction de l'hospitalisation et des soins, juin 2007.

http://www.urmnif.org/IMG/doc/Rapport_Dominique_Acker-juin_2007_1_.doc

²⁹ Fabien Tuleu, Morgan Poulizac, Cyril Blet, Centres de santé de la ville de Grenoble. « Synthèse des travaux conduits par l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives », ANSA, *Les contributions*, n° 8, décembre 2008. Philippe Warin, "Medical activism and performance engineering: the case of associative health centres", *Quaderni*, n° 68, winter 2008/2009, p. 37-47.

³⁰ Mécanisme grâce auquel l'avance des frais est prise en charge par les régimes obligatoires et complémentaires chez les professionnels de santé.

2. PRESENTATION DES RESULTATS.

2.1. 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.

2.1.1. Expliquer l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA.

Présentation.

Une « offre de service » a été expérimentée de janvier 2009 à mars 2009 auprès des nouveaux bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées par l'échelon du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes. Cette offre a mobilisé 3 assistantes sociales du service pour une partie de leur temps de travail. Son but était d'expliquer l'ASPA aux nouveaux bénéficiaires de cette allocation ainsi que l'ACS qui lui est liée, et le cas échéant d'aider à la préparation de la demande d'ACS. Ainsi 142 personnes ont testé cette démarche proactive inaugurée par ces services sociaux ; un listing de 150 nouveaux entrants à l'ASPA étant fourni par le Service Retraite de la CRAM Rhône Alpes.

Le protocole de l'expérimentation a été le suivant. Un courrier a d'abord été adressé aux personnes de l'échantillon test. Ce courrier avait pour but de signaler qu'une assistante sociale allait prendre contact téléphoniquement, ou bien, lorsque la CRAM ne disposait pas de numéro de téléphone, de proposer à la personne de joindre le service. La mise en œuvre du protocole a donc demandé aux assistantes sociales d'intervenir par téléphone ou en face à face ; l'action a nécessité en moyenne 4 à 5 contacts directs avec les personnes. Le temps de réalisation de cette action d'explication par personne a varié entre 2 à 8 heures. Cette amplitude est due à la nécessité ou non de se déplacer au domicile des personnes. Le temps de déplacement a été particulièrement important dans la phase expérimentale, puisque les trois assistantes sociales couvraient le département. Il sera considérablement réduit si la démarche est généralisée, puisque cette fois-ci toutes les assistantes sociales du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes interviendront au niveau de leur circonscription territoriale. L'action sera alors intégrée aux plans de charges de chaque professionnel, sans que cela ne représente de surcoût pour l'organisme.

Résultats.

Une offre qui intéresse :

Les offres de service ont été communiquées à 142 allocataires de l'ASPA. Plus de 40% des personnes ont répondu favorablement en donnant suite au courrier, en acceptant l'action d'explication au moment de l'appel téléphonique (pour 49% des personnes avec un numéro de téléphone connu) ou au moment de l'accueil à domicile (pour 30% des personnes sans numéro de téléphone connu). Ce résultat est d'autant plus significatif que parmi les personnes avec un numéro de téléphone, 20 n'ont pu être jointes malgré plusieurs essais. Si l'on décompte ces personnes, le retour est de plus de 67% pour les allocataires de l'ASPA joints au téléphone.

Données CRAM Rhône-Alpes	N° de téléphone connu	N° de téléphone non connu	Total
Offres de service réalisées	75*	67	142
Suites obtenues	37	20	57 (soit 40%)

* 20 allocataires de l'ASPA n'ont pu être joints malgré plusieurs tentatives.

L'action d'explication de l'ASPA et ACS s'est déroulée autant au cours d'entretiens en face à face que lors d'appels téléphoniques. Au total, les situations ayant demandé un déplacement à domicile sont relativement peu nombreuses : dans le cadre de l'expérimentation, elle représentent un peu plus de 10% des cas.

Données CRAM Rhône-Alpes	N° de téléphone connu	N° de téléphone non connu	Total
Entretiens en permanence	14	12	26
Entretiens téléphoniques	19	6	25
Visites à domicile	4	2	6
Total	37	20	57

L'action d'explication entraîne peu d'interventions sociales « lourdes », en termes d'aide à la constitution de dossiers de demande d'ACS et d'accompagnement pour comparer les complémentaires offerts par les mutuelles.

Données CRAM Rhône-Alpes	N° de téléphone connu	N° de téléphone non connu	Total
Nbre de personnes pour lesquelles des démarches ont été réalisées pour leur compte par le service social	12	5	17 (30%)
Nbre de personnes orientées vers un partenaire après explication par le service social	17	8	25 (44%)
Accompagnement et remplissage du dossier de demande d'ACS	1	3	4 (7%)
Aide au choix de la mutuelle par un travail sur les devis *	2	0	2 (4%)

* pour les personnes qui reviennent avec un devis des Mutuelles

Une action d'explication perçue très positivement :

Les assistantes sociales qui ont expérimenté cette offre de service ont été très bien accueillies. Elles ont constaté la satisfaction des personnes, peu habituées à une démarche proactive de la part de l'Assurance maladie. Au-delà ce ressenti, cette appréciation favorable est corroborée par l'évaluation par entretiens réalisée par ODENORE auprès des 24 personnes (sur 57) ayant accepté d'être enquêtées. Cette étude de type « quanti-quali »³¹ apporte plusieurs résultats permettant de souligner l'intérêt accordé à cette action d'explication par les personnes qui l'ont expérimentée.

Il apparaît que les personnes concernées présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité à la précarité, outre celui des revenus qui les rend éligibles à l'ASPA. Elles sont très majoritairement vulnérables (6 personnes sur 24) ou très vulnérables (13 sur 24) à la précarité, selon le score EPICES obtenu ; plus des 2/3 vivent seules et plus d'1 personne sur 5 déclare être « isolée, sans contact avec des proches » ; 9 sur 10 disent avoir des problèmes de santé chroniques ; la plupart (21 sur 23) signale plusieurs causes de fragilité (psychologique, physique, sociale, financière) et parmi elles, 1 sur 4 dit avoir besoin d'une aide financière supplémentaire. Dans ce petit groupe, certaines personnes mentionnent recourir aux « Resto du cœur » ou bien à l'aide du Secours catholique pour obtenir des soins dentaires. Autrement dit, l'offre de service de la CRAM rencontre l'intérêt de personnes pour lesquelles un accompagnement social paraît de toute façon nécessaire.

³¹ Quantification par analyses statistiques uni ou multivariées de données qualitatives recueillies par entretiens.

L'action d'explication est perçue positivement. Toutes les personnes (y compris celles qui connaissaient l'ACS avant l'action de la CRAM) justifient l'intérêt de cette action autour de 4 critères :

- Démarche en direction des assurés sociaux (et non l'inverse).
- Ecoute attentive des situations.
- Qualité des réponses (précision, répétition des éléments essentiels, prise en compte de toutes les questions).
- Possibilité d'un contact direct avec une assistante sociale (idée du référent).

Avant l'intervention du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes, 21 personnes sur 24 connaissaient la CMU-C, mais 10 seulement l'ACS. Or 10 également ont une mutuelle complémentaire privée, dont 6 entièrement à leur charge. Aussi, le fait de pouvoir poser des questions et d'être écouté est-il mis en avant dans 75% des réponses portant sur les apports de l'action d'explication. En même temps, plus de 70% des enquêtés déclarent avoir compris les explications, en particulier les démarches à entreprendre ainsi que les échéanciers. Il reste donc une marge de progression ; cela montre l'intérêt de répéter ces actions d'explication. Le fait de connaître l'ACS ne change rien non plus à cette perception positive : lorsque les personnes déclarent connaître l'aide elles trouvent tout autant utile et compréhensible l'explication apportée (même si les effectifs sont trop congrus pour un test de dépendance significatif).

Connaiss ACS X Apport CRAM (Q9x14)				Connaiss ACS X Compréhension explication (Q9x15)			
	oui	non	Total		oui	non	Total
pas d'apport	1	1	2	Non réponse	0	2	2
on peut poser des Q	7	8	15	oui	8	9	17
on est écouté	5	7	12	non	0	0	0
ça donne plus confiance	0	2	2	l'explication a été remise à + tard	0	1	1
ça anticipe	0	2	2	moyen	2	2	4
Total	13	20	33	Total	10	14	24
p = 54,9% ; chi2 = 3,05 ; ddl = 4 (NS)				p = 48,2% ; chi2 = 2,46 ; ddl = 3 (NS)			
La relation n'est pas significative.				La relation n'est pas significative.			

Source : enquête ODENORE.

La démarche proactive est donc fortement appréciée. Elle l'est d'autant plus qu'elle crée pour le public concerné (des personnes de 60 ans ou plus, plutôt isolées) un contact direct avec le Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes. La part du relationnel ainsi créée joue pour beaucoup dans la considération ressentie et dans l'attention portée *en retour* à la question de la complémentaire santé. Il faut toutefois remarquer que pour ce public particulier la meilleure modalité n'est pas l'échange téléphonique, mais le contact en face à face. En questionnant les personnes sur leurs préférences entre courrier, téléphone, face à face, plus des 2/3 des réponses obtenues indiquent une préférence pour la relation *de visu*. La généralisation probable de cette offre de service devra semble-t-il tenir compte de ce constat.

23. Préférez-vous ?		
	Nb	% cit.
Non réponse	2	6,9%
Recevoir un courrier vous expliquant un nouveau dispositif auquel vous pouvez avoir droit	6	20,7%
Avoir un contact tél avec un TS qui vous l'expliquera de vive voix	1	3,4%
Rencontrer en face à face un TS qui vous l'expliquera	20	69,0%
Total	29	100,0%

Source : enquête ODENORE.

Une action plutôt persuasive :

L'action d'explication est non seulement informative, elle est également relativement persuasive, puisque qu'au moment de l'entretien par ODENORE, 1 personne sur 5 a constitué le dossier de demande et l'a remis à la CPAM, alors que 1 sur 12 déclare, à l'inverse, qu'elle ne fera aucune démarche, tandis que plus d'1 sur 2 déclare qu'elle constituera un dossier de demande d'ACS le moment venu (lorsqu'elle aura à renouveler sa complémentaire).

16. Vos intentions pour la suite ?		
	Nb	% cit.
Non réponse	2	8,3%
N'a pas encore rempli le dossier, mais va le faire	14	58,3%
A rempli le dossier, mais pas envoyé	1	4,2%
A envoyé, attend	5	20,8%
Ne remplira pas le dossier	2	8,3%
Total	24	100,0%

Source : enquête ODENORE.

Un effet sur l'accès à l'ACS :

Une vérification a été réalisée par la CRAM 3 mois après la réalisation de l'offre de service, de façon à identifier les personnes effectivement entrées dans le processus d'obtention de l'ACS. Cette opération indique que sur 57 personnes ayant bénéficié de l'explication d'une assistante sociale du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes :

7 personnes ont eu un accord ACS (mais n'ont pas forcément souscrit une mutuelle).
7 ont reçu un refus du fait de revenus supérieurs au plafond de ressources ³² .
6 ont leur dossier en cours d'instruction.
22 ont une CMU-C en cours et réexamineront leur situation plus tard.
15 n'ont pas déposé de dossiers de demande d'ACS et déclarent qu'elles le feront plus tard.

Trois mois après l'action d'explication, l'expérimentation a permis d'examiner la situation et de présenter le détail de l'ASPA et de l'ACS à 40% du Groupe Témoin (aux 57 personnes ayant répondu à l'offre de services adressé à 142 allocataires de l'ASPA). L'impact de l'action est donc largement plus élevé que celui obtenu au travers d'actions d'information en masse. Il apparaît également que seuls 12% des répondants à l'offre sortante ont demandé et obtenu un diagnostic de leur situation, qui montre leur non éligibilité à l'ACS (7 personnes sur 57) : cet autre résultat indique que mise en œuvre à une large échelle, l'action d'explication devrait être davantage ciblée sur les populations potentiellement éligibles à l'ACS, de façon à concentrer l'action d'explication et à accroître son efficacité.

Enfin, les entretiens confirment ce que de nombreux travaux ont signalé, à savoir que la franchise (ou ticket modérateur) constitue un obstacle majeur à l'acquisition d'une complémentaire santé et une source d'inégalité dans l'accès aux soins³³. Plusieurs personnes considèrent que le reste à charge

³² Au 1^{er} septembre 2009, le plafond des ressources pour obtenir l'ACS est de 752,41€ pour une personne seule et de 1128,17 € pour deux personnes.

³³ La mise à contribution des patients s'accroît depuis la loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance maladie, à travers des mesures visant à étendre le « reste à charge », que ce soit pour les consultations de médecine de ville (limitation à 50% du remboursement pour les consultations hors parcours de soins coordonné mis en place en 2004), dans le secteur hospitalier

conditionnera leur demande d'ACS et même son utilisation, si elles l'obtiennent, pour acquérir une complémentaire. Dès lors, plusieurs personnes font part de leur intérêt pour un « guide comparatif des mutuelles » ou d'être accompagnées par le Service Social de l'Isère pour être aidées dans leur choix. Soit deux propositions difficilement, sinon impossibles à réaliser pour la CRAM.

Conclusions.

L'action d'explication de l'ACS expérimentée par l'échelon du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes s'est limitée aux bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées. Le succès observé tient à plusieurs facteurs, concernant aussi bien les intervenants (leur motivation et leur professionnalité) que le public (caractérisé par une forte vulnérabilité à la précarité, et dans ces conditions davantage demandeur de soutiens institutionnels). Sans minorer les avantages attribués par le public à l'action expérimentée, il est possible de considérer que la réception de cette initiative est aussi liée au fait que les personnes visées découvrent l'ASPA et ses droits connexes – dont l'ACS –, qu'elles sont isolées, inquiètes pour leur santé et ont globalement besoin d'accompagnement ou parfois d'aides matérielles. Autrement dit, le succès de ce type d'action peut varier selon le public visé et en fonction du temps consacré par le service social.

Les effets mesurés en taux de demande d'ACS subséquents à l'action indiquent que 23% des personnes ayant répondu à la proposition d'explication du Service Social ont engagé une demande d'ACS (sur les 57 personnes, les 7 ayant eu un accord et les 6 qui l'attendent), et au total – en hypothèse haute – près de 88 % le feront à terme si l'on inclut les personnes qui déclarent faire cette demande plus tard (15 personnes), ou à la fin du bénéfice de la CMU-C (22 personnes).

L'action d'explication a pour vocation d'être intégrée aux activités courantes du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes. Elle ne présente donc pas de coût supplémentaire pour l'organisme social. Pour autant, son *efficience allocative* (c'est-à-dire la relation entre ressources investies et effets obtenus) peut être améliorée. L'expérimentation montre que pour une part, les allocataires de l'ASPA sont au-dessus du plafond de ressources pris en compte pour ouvrir un droit à l'ACS. Cibler plus précisément les populations effectivement éligibles à partir du calcul des ressources permettrait de consacrer l'action d'explication aux personnes qui en ont le plus besoin, pour lesquelles l'aide à la mutualisation peut être mise en oeuvre.

(ticket modérateur de 20% aux frais d'hospitalisation ; forfait journalier créé en 1983 pour la participation aux frais d'hébergement ; depuis 2006, forfait de 18 euros s'appliquant aux hospitalisations ou consultations donnant lieu à des « actes lourds »), ou pour les médicaments (déremboursement et instauration d'une « franchise » – participation forfaitaire de 0,50 euro par boîte de médicaments – qui s'applique également aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires). Sous couvert de responsabiliser les patients, ces mesures introduisent des mécanismes marchands. Certains analystes considèrent qu'elles ont pour effet de compliquer l'accès au système de soins, en particulier des catégories les plus modestes, voire de produire des effets dissuasifs (Mireille Elbaum, *Economie politique de la protection sociale*, Paris, PUF, 2008). On estime ainsi que le renoncement aux soins pour des raisons financières toucherait 32% des personnes sans complémentaire santé, contre 13% de celles disposant d'une complémentaire autre que la CMU, se concentrant sur les consultations de spécialistes, les soins bucco-dentaires et l'optique (Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierre et Thierry Rochereau, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 132, 2008). Le reste à charge est analysé comme un facteur d'inégalité dans l'accès aux soins (Florence Jusot, Jérôme Wittwer, « L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective », *Regards croisés sur l'économie*, 2009, vol. 1, n° 5, p. 102-109).

2.1.2. Expliquer La CMU-C et l'ACS aux patients de Centres de santé.

Présentation.

L'accompagnement des patients dans l'accès aux soins et aux droits est une pratique quotidienne intégrée au travail des professionnels des Centres de l'AGECSA³⁴. L'ensemble des professionnels en contact avec les patients participe à des actions d'« accompagnement santé », qui correspondent aussi bien à des actions de motivation des patients et d'approfondissement des consultations (pour le personnel soignant) qu'à des aides administratives ou de l'explication de droits (pour les secrétaires médicales). L'accueil des patients est considéré comme un moment clé pour vérifier la couverture maladie des patients. En 2008, 70 421 passages chez un médecin généraliste ont été comptabilisés pour les 5 centres de santé de l'association. Pour la même année, près de 20% des patients ont la CMU de base et 23,5% ont la CMU-C. En même temps, près de 30% n'ont pas de couverture complémentaire connue de l'AGECSA. 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 payant. En revanche, cela nécessite une vigilance lors de l'accueil d'un nouveau patient et un suivi (d'une visite à l'autre) lorsque celui-ci est détecté sans complémentaire aucune. Un effort de formation est consenti par l'association pour former les professionnels (secrétaires médicales et dans la mesure du possible le personnel soignant) aux dispositifs de la couverture maladie. En 2009, des actions ont été menées avec le service de promotion de la santé de la Mutualité Française Isère ou la CPAM de Grenoble (dont une séance organisée conjointement – en articulation avec l'expérimentation – par l'AGECSA et l'ODENORE en lien avec la CPAM de Grenoble ; cf. infra : 2.1.3. Résultats d'enquêtes complémentaires au Groupe Témoin). Un outil, produit par la Mutualité Française Rhône-Alpes (guide « Système de santé, comment s'y retrouver ? »), est expliqué et mis à la disposition des professionnels des centres. Chaque secrétaire d'accueil dispose ainsi d'un appui pour renseigner les patients.

Résultats.

L'action d'explication de la CMU-C et de l'ACS n'a rien d'expérimental à l'AGECSA. En revanche, elle fait l'objet de soutiens répétés lorsque de nouveaux professionnels rejoignent la structure. La nécessité de former les personnels à travers des séances régulières d'information/formation aux dispositifs de protection est établie. Les dispositifs sont complexes et les conditions d'éligibilité évoluent. Il paraît indispensable de procéder à des présentations à intervalles réguliers, en particulier dans le cadre de séances interinstitutionnelles regroupant les acteurs concernés sur un même territoire.

Avec l'AGECSA, le travail mené dans le cadre de l'expérimentation a donc consisté à enquêter auprès de patients détectés comme n'ayant aucune complémentaire santé, pour recueillir leur opinion sur l'intérêt du travail d'explication intégré à l'accueil.

La proportion de patients sans aucune complémentaire est faible. Le repérage de ces patients par les secrétaires d'accueil, effectué sur deux périodes de 15 jours au second et au troisième trimestre 2009, a permis d'identifier seulement une trentaine de personnes dans ce cas.

³⁴ Soit en 2009 : 25 médecins généralistes, 4 pédiatres, 1 psychiatre, 1 psychologue, 15 infirmières, 1 infirmière puéricultrice, 2 diététiciens, 3 kinésithérapeutes, 5 orthophonistes, 1 professeur d'activité physique adaptée, 18 secrétaires médicales, 5 agents de services, 7 personnels de direction et d'administration générale.

A l'AGECSA, l'attention portée à la situation des patients en matière de droits est devenue largement une routine. A chaque nouveau patient, il 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.

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.

En tout, 22 entretiens ont pu être réalisés (premier et second appels auprès de 11 personnes).

Synthèse des résultats :

- Ce n'est pas par l'AGECSA que les personnes ont été informées en premier sur les complémentaires ; la plupart c'est par « la bouche à oreille » dans leur environnement social proche, et plus rarement par les organismes (CAF, CPAM) ou services sociaux (Centres sociaux).
- Profil : toutes les personnes ont une forte vulnérabilité à la précarité, 3 ont un risque élevé de non-recours aux soins (selon l'outil NORES³⁵). 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).
- Lors du second entretien, quelques personnes ont souscrit une complémentaire par souci de protéger leurs enfants. Ce résultat corrobore l'observation selon laquelle la responsabilité d'autrui réduit le risque relatif de non-recours aux droits et aux soins³⁶. Une autre a pris une

³⁵L'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 par le CETAF et l'ODENORE 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 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.

³⁶ <http://Odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n29.pdf>

mutuelle qu'elle paie entièrement (« *pas le choix avec mon enfant* »), en attente du nouvel avis d'imposition elle renouvellera la demande d'ACS car ses revenus ont baissé. Une autre personne signale un retour à la CMU-C couple après changement de situation du mari. Encore une autre, depuis peu à la retraite, signale que son ancien employeur a proposé une mutuelle abordable après qu'elle ait reçu un refus de CMU-C et d'ACS (se déclare « *bien accompagné par son neveu* »).

Pour ces différentes personnes, il s'avère impossible d'imputer le changement de situation déclaré lors du second entretien à l'information/explication reçue à l'AGECSA. En revanche, l'attention qui est portée à leur situation semble avoir chez la plupart un caractère incitatif pour s'occuper de leur propre situation.

- Plusieurs avis spontanés ont été recueillis sur des améliorations possibles :
 - o Disposer d'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.

Conclusions.

L'étude menée auprès des Centres de santé indique que ces structures sont attentives à repérer et à informer les patients sans aucune complémentaire sur les possibilités de la CMU-C, voire de l'ACS. Dans ce but, l'AGECSA procède à des informations/formations régulières sur les dispositifs de l'Assurance maladie auprès des secrétaires d'accueil et d'autres catégories de personnel.

Ces structures de soins primaires ne sont cependant pas organisées pour réaliser un travail d'explication et d'accompagnement vers les dispositifs ; c'est le rôle des services sociaux. Des orientations existent au cas par cas. Aussi, serait-il intéressant de penser une procédure systématique, de façon à mettre en œuvre l'idée de coordination formalisée. Cette procédure est depuis peu mise en place puisque l'AGECSA et la CPAM ont convenu d'une transmission régulière à partir des feuilles de soins (3 rencontres trimestrielles).

Toutefois, étant donné le petit nombre de patients dans ce cas, ces structures ne sont néanmoins pas les mieux placées pour développer des actions d'explication et le coût d'une coordination entre partenaires peut paraître trop élevé. D'autres structures sont probablement mieux situées pour jouer de rôle d'alerte pour les organismes sociaux.

2.1.3. Résultats d'enquêtes complémentaires au Groupe Témoin.

Présentation.

Des enquêtes complémentaires ont été conduites auprès d'autres structures locales dans le but de rendre compte des relais possibles pour expliquer les dispositifs de complémentaire santé aux plus démunis. Si l'Assurance maladie occupe un rôle central dans l'amélioration de l'effectivité des dispositifs qui lui sont confiés, la réalisation de cet objectif peut néanmoins bénéficier de l'intervention d'autres acteurs. On a signalé que la détection des bénéficiaires potentiels de la CMU-C ou de l'ACS mobilise nécessairement un partenariat avec la branche Famille de la Sécurité sociale. Il est très probable qu'un plan d'action donnant la priorité à l'automatisme des droits demanderait également un partenariat institutionnel de façon à définir l'éligibilité des bénéficiaires potentiels à partir d'une circulation d'informations dématérialisées. En ce qui concerne un plan d'action ciblée, dédié à l'explication des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, la question des partenariats possibles se pose également. Les populations démunies sont les publics d'une diversité de structures, en particulier au local. Aussi est-il important de savoir que dans leurs pratiques courantes, ces structures publiques ou associatives, professionnelles ou bénévoles, expliquent d'elles-mêmes ces dispositifs et parfois accompagnent les personnes dans leurs demandes ou vers les services prestataires. Sans réaliser au plan local un travail exhaustif de repérage de ces structures et du travail qu'elles accomplissent, plusieurs enquêtes ont été menées dans l'objectif d'identifier des types de structures pouvant servir de relais dans le cadre d'une action concertée et partenariale d'explication.

Résultats.

Les enquêtes ont été réalisées à Grenoble auprès de 4 structures :

- *Le Service d'Accompagnement Temporaire vers l'Insertion Sociale (SATIS) du Centre Communal d'Action Sociale de Grenoble.*
Ce service accueille des personnes sans domicile fixe, sans enfants. Ses professionnels du travail social ont en particulier pour mission de restaurer les droits sociaux des personnes qui se présentent. Ce service travaille en relation étroite avec le Centre d'Accueil Municipal (hébergement d'urgence) et d'autres services ou associations de terrain (dont les suivants), entre lesquels son public circule. Le SATIS accompagne les personnes dans les démarches administratives en direction des organismes sociaux qui ouvrent les droits (principalement : CAF, CPAM, ASSEDIC).
- *La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier Universitaire.*
La PASS est une structure de prise en charge médico-sociale, dont l'objectif est de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Les personnes reçues sont en grande difficulté (SDF, Demandeurs d'asile...), très souvent sans complémentaire santé.
- *Le Point Précarité Santé (POPS).*
Ce service créé à l'initiative de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) de l'Isère fonctionne dans le cadre d'une convention de collaboration avec le Conseil Général. Sa mission est de favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de précarité. Il fait le lien entre la personne et les professionnels de santé. Il s'adresse à des populations en grande précarité. Ses actions sont essentiellement tournées vers les professionnels de la santé et de l'action sociale.

- *Le Point Information Médiation Multiservices.*

Cette structure locale appartient à un réseau national dont le but est de proposer des services de proximité aux habitants de zones urbaines ou rurales concernées par des phénomènes de déshérence institutionnelle. Le réseau et les structures locales sont organisés sous forme associative et réunissent des opérateurs de services publics et les collectivités locales d'implantation. Celle où nous avons enquêté est située dans l'une des Zones Urbaines Sensibles de Grenoble. Ce PIMMS a passé une convention avec la CPAM locale pour délivrer les formulaires de la CMU-C et de l'ACS et aider leur remplissage.

Les enquêtes par entretiens ont été menées auprès de responsables ou représentants des structures et parfois de quelques usagers. Elles ont été complétées par une réunion publique organisée par l'AGECSA et l'ODENORE en lien avec la CPAM de Grenoble, qui a délégué la responsable du service CMU-C et ACS pour expliquer les dispositifs à des professionnels de la santé et de l'action sociale³⁷.

Conclusions.

Constats	Conclusions
<p>Présence de relais professionnels reconnus.</p> <p>Exemples : SATIS, PIMMS. Quelques usagers du SATIS interrogés considèrent comme déterminante l'action de cette structure pour accéder aux droits (analyse des droits potentiels et accompagnement vers les organismes prestataires)³⁸</p>	<p>Un plan d'action « Explication » peut s'appuyer sur des acteurs relais (par exemple, les assistances sociales intervenant auprès des services d'urgence des CHU).</p>
<p>Absence d'action partenariale concertée à l'échelle locale.</p> <p>Exemple : le POPS a acquis une notoriété en matière d'éducation à la santé et développe des actions collectives dans ce domaine, sans pour autant être sollicité pour étendre ses interventions dans le champ de la formation sur les droits, alors que CPAM et Conseil Général cherche ensemble à faciliter l'accès à la CMU-C.</p> <p>Exemple : la réunion publique du 24 septembre 2009, a montré que les professionnels de la santé et de l'action sociale ne connaissent pas le PIMMS implanté sur le même territoire qu'eux ; pourtant, cette structure a l'autorisation de gérer les demandes de CMU-C et d'ACS. Cette réunion a également permis d'observer combien l'information minimale permettant de distinguer CMU de base et CMU-C, ou bien de connaître les conditions d'accès à l'ACS était méconnue des professionnels. Elle a démontré l'intérêt de telles rencontres à des fins de formation.</p>	<p>Un plan d'action « Explication » mis en œuvre en partenariat nécessite de repérer, mobiliser et coordonner les acteurs relais.</p>
<p>Tous les acteurs pressentis, agissant pour l'accès à la CMU-C, ACS ou AME, ne peuvent participer à un plan d'action « Explication ».</p> <p>Exemple : lorsque les personnes accueillies sont en situation « irrégulière » quant à l'entrée et au séjour en France, les structures n'interviennent plus sur le registre de l'explication, mais agissent directement, de façon concertée, pour faire procéder, lorsque c'est possible, à l'ouverture de droits. L'assistante sociale de la PASS nous explique qu'elle prend en charge les démarches et, par conséquent, qu'elle ne développe pas d'action d'explication visant à autonomiser les personnes.</p>	<p>Un plan d'action « Explication » n'est pas souhaitable pour tous les publics sans complémentaire santé.</p>

³⁷ En tout 22 personnes : assistants sociaux du CCAS et du Conseil général, médecins, infirmiers.

³⁸ Ces points de vue confirment les résultats statistiques obtenus à partir d'une enquête préalable menée par l'ODENORE au SATIS à partir de l'étude de 155 dossiers individuels : Catherine Chauveaud, Philippe Warin, Le non recours des publics accueillis par une structure d'accompagnement social. Requêtes statistiques sur les données du Service d'accompagnement temporaire vers l'insertion sociale (SATIS), ODENORE, *Observations & Etudes*, n° 17, 2006. <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n26.pdf>

2.2. GROUPE CONTROLE.

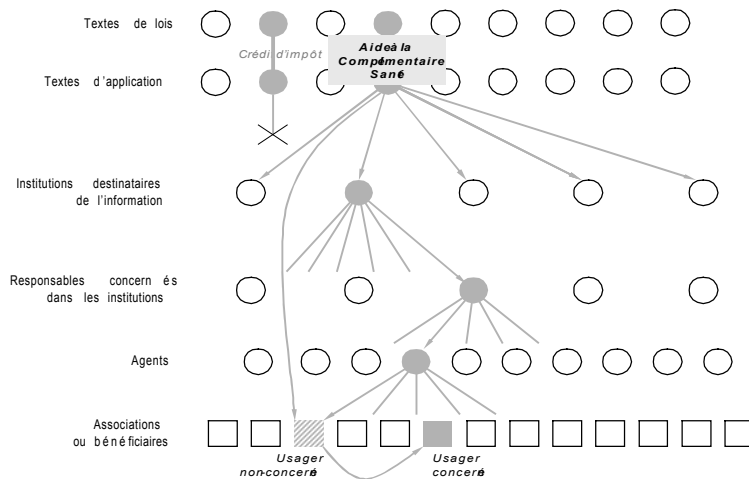
Le Groupe Contrôle est composé de personnes éligibles à la CMU-C ou à l'ACS qui n'ont pas fait l'objet d'actions d'explication.

2.2.1. Conclusions du groupe de « qualification mutuelle ».

Le but était, rappelons-le, de partir d'échanges fondés sur des expériences individuelles³⁹ pour tester l'idée que l'accès à des dispositifs aussi complexes que ceux de la CMU-C et de l'ACS nécessite des actions volontaires d'information et d'explication, qui vont au-delà des pratiques habituelles d'information de masse.

Les résultats du Groupe Contrôle confirment cette hypothèse. Ils renforcent les résultats du Groupe Témoin et les complètent sur plusieurs aspects. Surtout, ils indiquent que le besoin d'actions d'explication ne se 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.

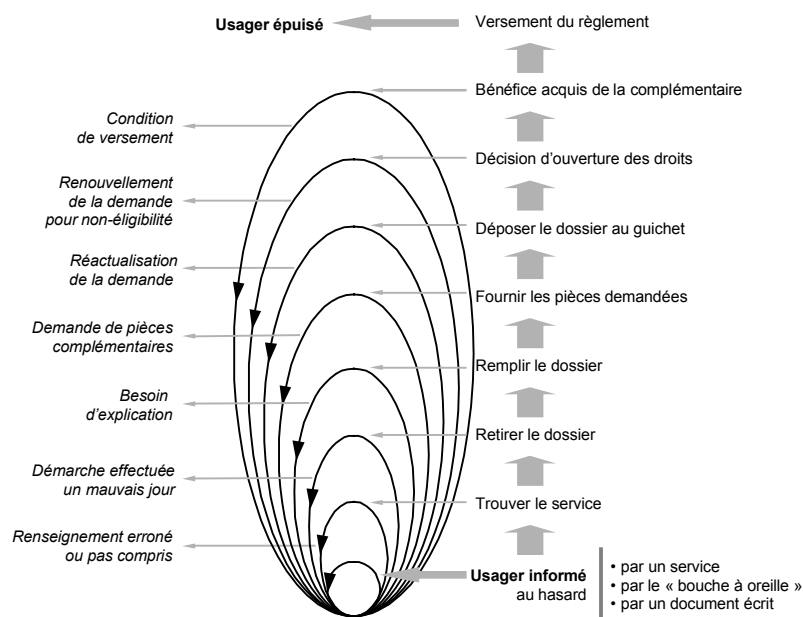
³⁹ De 5 allocataires de l'AAH et 6 du RMI n'ayant pas bénéficié d'actions d'explication, et de 5 professionnels (2 assistantes sociales de la CRAM Rhône-Alpes, 2 du Conseil général de l'Isère, 1 secrétaire médicale des Centres de santé de Grenoble).

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 les professionnels sont débordés par les informations diverses et variées reçues sans cesse. Il faudrait une information « prédigérée », c'est-à-dire reçue, analysée et synthétisée par un service *ad hoc*. 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 »⁴⁰, 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 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.

Un continuum de propositions relevant de plusieurs plans d'action.

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* ».

Ces propositions doivent être considérées comme de possibles *actes de mise en œuvre* (ou *outputs*) d'un plan d'action « Explication », qui pourraient être développés dans une politique d'amélioration de l'effectivité de la complémentaire santé pour les plus démunis.

Certaines renvoient à d'autres plans d'action possibles : nous signalons à chaque fois le « TYPE DE PLAN » auxquelles renvoient les différentes propositions.

⁴⁰ Ce débat traverse le travail social depuis longtemps. Voir l'ancien et célèbre n° de la revue *Esprit* de 1972.

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. « INFORMATION ». 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 ...). « INFORMATION ».
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). « EXPLICATION ». 4. Développer des formations sur les dispositifs auprès des professionnels de santé en contact avec le public. « EXPLICATION ».
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. « SIMPLIFICATION », « COMMUNICATION ». 6. Diversifier les modes de communication directe (téléphone, SMS, courriels, ...) pour rappeler aux personnes qu'une démarche est à faire (notamment pour les renouvellements). « INFORMATION ». 7. Renouveler de manière automatique la CMU-C et l'ACS pour éviter des ruptures de droits. « LIQUIDATION DES 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. « EXPLICATION »
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. « ACCOMPAGNEMENT ».

Sur les 9 propositions, 3 paraissent pouvoir participer à un plan d'action « Explication » (les 3 propositions surbrillées dans le tableau ci-dessus). Les autres relèvent davantage d'autres plans d'action. Cela confirme l'observation du début, qu'une politique d'amélioration des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS appelle nécessairement une diversité de plans d'action. Toutefois, il semblerait cohérent – déjà au vu des discussions internes au groupe de qualification mutuelle – de les relier aux 3 propositions « Explication ». Un continuum apparaît ainsi entre toutes, sauf – à notre avis – avec la proposition 7 sur le renouvellement automatique de la CMU-C ou de l'ACS, qui situe la recherche d'effectivité dans les systèmes organisés, au niveau des instruments techniques, et non plus située dans les interactions entre acteurs (bénéficiaires, agents). La proposition 7 suppose un échange d'informations dématérialisées entre organismes sociaux, alors que d'autres (propositions 2, 4, 8) demandent un partenariat par objectifs sans transmission d'informations individuelles.

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 droits⁴¹.

Conclusions.

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. Plusieurs ont ainsi été rapprochées d'initiatives existantes ou ayant existé. Leur éventuelle mise en œuvre pourrait ainsi tenir compte de retours d'expériences.

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 : « <i>Titres de séjour étrangers : pensez à en demander le renouvellement 2 mois avant leurs échéance</i> », in Rapport 2008 du Médiateur de la République , p. 49 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).	- 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	- L'action à la CPAM (Grenoble) de la responsable de la

⁴¹ Petit recul et commentaires 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 ».

professionnels de santé en contact avec le public, et des intervenants sociaux.	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).	<ul style="list-style-type: none"> - Messages téléphoniques sur prestations ou horaires services par la CAF de Grenoble. - Campagne d'information et de prévention via SMS, @mail et messages vocaux, à la CPAM de la Sarthe.
7. Développer un système d'information pour un repérage permanent des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et ACS (échanges de données dématérialisées entre organismes sociaux).	- Dispositif conçu et expérimenté en Isère par l'ODENORE, la CPAM, la CRAM et la CAF (cf. supra).
8. Renouveler de manière automatique la CMU-C et l'ACS pour éviter des ruptures de droits.	
9. 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.
10. 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*.

* Des exemples d'initiatives connues sont présentés dans l'Annexe 2.

Par exemple, 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.

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.

2.2.2. Résultats d'une enquête complémentaire au Groupe Contrôle.

Une enquête complémentaire a été réalisée auprès de 284 allocataires du RMI détectés sans complémentaire en septembre 2007 et identifiés en septembre 2008 comme étant toujours sans complémentaire à la suite d'une campagne d'information menée par la CPAM de Grenoble en décembre 2007. L'objectif était de comprendre les raisons de l'absence de complémentaire suite à la réception du courrier d'information assorti du formulaire de demande la CMU-C, envoyé par la CPAM.

Les retours obtenus à cette enquête postale ont été très décevants : 17 retours (6%), 16 NPAI⁴² (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 2005⁴³ et sur le non-recours aux aides facultatives liées au RMI en 2007⁴⁴). Parmi les répondants, 12 sont des hommes vivant seuls.

Les enquêtés ont eu 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* ».
- 2 personnes disent être « *démotivées* » (explication par leur situation de précarité) et déclarent « *recourir à une médecine naturelle* » (largement par automédication).
- 1 personne déclare « *avoir accédé entre temps à une mutuelle privée* ».

Ces résultats confirment très largement ceux de l'étude précédente⁴⁵, qui avait pour but – rappelons-le – d'identifier les allocataires du RMI 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.

Les entretiens réalisés avec 8 personnes à la suite de l'enquête par questionnaire 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. 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. Dans son Rapport 2009 d'évaluation de la loi CMU, le Fonds CMU partage ce constat en signalant la possibilité d'un « renoncement au droit ».

⁴² 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.

⁴³ http://Odenore.msh-alpes.fr/documents/n_15.pdf

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

⁴⁴ http://Odenore.msh-alpes.fr/documents/et_n_9.pdf

⁴⁵ Hélène Revil, Le non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire des allocataires du RMI : mesure et analyse, mémoire de Master de l'IEP de Lyon, ODENORE, *Observations & Travaux d'étudiants* n° 5, septembre 2006.

S'appuyant sur l'étude citée de l'ODENORE et celles de l'Institut régional de travail social d'Ile-de-France et du LEGOS⁴⁶, le Fonds observe : « *Dans le cas d'hommes seuls, jeunes ou âgés de plus de 50 ans, il s'agit d'un manque d'information lié à de faibles besoins en soins immédiats. L'investissement personnel pour entrer dans le dispositif ne paraît pas justifié tant que la nécessité d'y recourir n'est pas reconnue. Dans le cas de personnes à faibles revenus, familles dont l'un des parents travaille ou personnes seules socialement intégrées, mais avec de petits salaires, les droits pourraient être ouverts mais la demande n'est pas faite par peur de la stigmatisation, en particulier vis-à-vis des médecins. D'autres personnes pourraient bénéficier de la CMU-C après une perte conséquente de leurs revenus, mais elles se projettent dans un retour à leur niveau de vie initial. Elles ne souhaitent pas intégrer des dispositifs d'aide sociale par crainte identitaire. Enfin, reste le cas des personnes bénéficiaires du RMI (bientôt RSA socle), qui pourraient de facto bénéficier de la CMU-C mais qui n'effectuent pas la démarche nécessaire de choix de l'organisme gestionnaire (caisse ou OC) auprès de leur CPAM, y compris lorsque celles-ci les sollicitent, et ainsi ne voient pas leur droit à la CMU-C ouvert* »⁴⁷.

Conclusions.

Les entretiens confirment deux des propositions faites par le groupe de qualification mutuelle :

- 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. Ces dépôts mériteraient d'être généralisés au-delà des services du Conseil général et des services sociaux, notamment au sein d'associations. Cette suggestion rejoint l'observation rapportée dans les enquêtes complémentaires au Groupe Témoin, de l'intérêt d'une diffusion permanente ciblée dans des lieux stratégiques (type : centres de santé, cabinets médicaux, pharmacie, centres sociaux associations de quartier).
- La technique du phoning paraît également convenir. Elle semble correspondre à un mode de communication assez largement accepté ; le courrier paraissant plus formel et contraignant. Surtout la démarche proactive étonne favorablement et semble améliorer le capital sympathie ou confiance dans les institutions. Cette seconde observation confirme sur ce plan le résultat mentionné plus haut concernant l'expérimentation menée par la CRAM en direction des allocataires de l'ACS.

Les entretiens ont également permis de relever des constats indiquant que l'amélioration de l'effectivité de la CMU-C et de l'ACS également par d'autres « plans d'action » que les actions d'explication. En particulier, l'expérience de refus de soins imputable à la CMU-C conduit des personnes à ne pas la renouveler. De toute évidence, l'effectivité d'un dispositif ne peut être accrue si son usage est déconsidéré et paraît stigmatisant. Un plan d'action destiné à lutter contre les refus manifestés par des professionnels de santé à l'égard des personnes disposant de la CMU-C ou de l'ACS paraît complémentaire à tout plan consacré à une explication ciblée et personnalisée.

⁴⁶ Fonds CMU, Rapport d'évaluation de la loi CMU n° IV, juillet 2009, pp. 66-69.
http://www.cmu.fr/userdocs/221-8_Rapport_Evaluation_2007.pdf

⁴⁷ Fonds CMU, Rapport d'évaluation de la loi CMU n° IV, juillet 2009, p. 60.
<http://www.cmu.fr/userdocs/RAPPORT%20EVALUATION%204.pdf>

3. SYNTHÈSE GÉNÉRALE

L'ensemble des résultats présentés, sous forme d'observations et de propositions, montre que le développement d'actions d'explication ciblées et individualisées, différentes de l'information administrative courante adressée en masse et de façon impersonnelle, représente une *hypothèse d'intervention* probante pour résoudre le *problème public* de l'absence de complémentaire santé chez les populations qui peuvent obtenir une complémentaire gratuite ou une aide à l'acquisition d'une mutuelle. Non seulement cette hypothèse d'intervention paraît efficace vu les résultats obtenus avec le Groupe Témoin (en particulier l'explication de l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA), mais elle paraît aussi pertinente au vu des propositions amenées par le Groupe Contrôle (qualification mutuelle). Malgré les limites de l'expérimentation dues à la nécessité de réorienter le projet, cette étude indique que l'explication des dispositifs produit très probablement de meilleurs résultats en termes d'efficacité et d'efficience, que les actions d'information de masse (leurs résultats étant globalement assez médiocres). Nous n'avons pas pu, pour les raisons évoquées, obtenir toutes les données que nous attendions ; pour autant, des travaux complémentaires, pour nécessaires qu'ils soient, ne devraient pas modifier cet avis.

Le travail réalisé permet de répondre avec davantage de précision à la question initiale, que nous rappelons : *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 complémentaire CMU ou à l'ACS ?* En effet, la construction du Groupe Témoin autour de l'expérimentation d'une offre d'explication par l'échelon du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes et des pratiques courantes du secrétariat médical des Centres de santé de Grenoble, permet de conclure, comme nous allons le voir ci-dessous, qu'un plan d'action « Explication » nécessite l'usage de certaines ressources, sans lesquelles son efficacité peut être faible. Il est alors intéressant de comparer les conditions qui paraissent nécessaires et les propositions qui sont ressorties du Groupe Contrôle, pour indiquer au final quelques recommandations.

Avant de présenter de façon synthétique ces éléments conclusifs, rappelons que l'amélioration de l'effectivité des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS passe très certainement par la combinaison de différents plans d'action (outre l'explication : l'information en masse, la @administration, l'automaticité des droits, la lutte contre les discriminations, et d'autres encore probablement). Chaque plan a ses avantages et ses limites. Pour autant, nous avons montré que le principal avantage d'un plan d'action focalisé sur l'explication individualisée des dispositifs est d'être ciblé ; ce qui convient particulièrement bien, puisque les études menées dans le cadre de cette expérimentation ont démontré que les difficultés d'accès aux dispositifs concernent avant tout une population particulière que l'on sait identifier.

Les premiers éléments conclusifs portent sur la comparaison des *ressources* existantes qui sont mobilisées par les professionnels, ou manquantes et qu'ils produisent en conséquence, dans les deux opérations témoin : expérimentation CRAM et action courante AGECSA. En s'abstenant de choisir entre les deux opérations – car il s'agit d'opérations totalement distinctes, et la combinaison d'actions est également nécessaire – nous pouvons néanmoins répondre à la question de « la meilleure action d'explication », au regard des ressources existantes ou manquantes, de leur « fréquence » (au sens de la fréquence des utilisations) et de leur « durabilité » (au sens de la garantie de se maintenir). Partant de ce critère, il est possible de rendre compte, point par point, de l'une et l'autre des opérations.

Tableau : Ressources mobilisées ou produites

Ressources	Expérimentation CRAM	Pratique courante AGECSA
Droit (éléments juridiques)		
Personnel (agents formés missionnés pour expliquer les dispositifs)	mobilisée	mobilisée
Argent (ressources budgétaires disponibles pour l'action)	ni mobilisée, ni produite	mobilisée
Information (repérage des personnes sans complémentaire)	produite	ni mobilisée, ni produite
Organisation (accompagnement, médiation)	produite	ni mobilisée, ni produite
Consensus (confiance de la hiérarchie, autres agents)	mobilisée	ni mobilisée, ni produite
Temps (disponibilité des agents)	produite	mobilisée
Infrastructure (conditions matérielles des relations de service)	mobilisée	mobilisée
Soutien (inscription dans les objectifs généraux des organisations)	mobilisée	ni mobilisée, ni produite

Le tableau présente les ressources qui sont mobilisées ou produites et, par déduction, celles qui ne le sont pas (les cases vides). Il montre en particulier que l'expérimentation menée par le CRAM produit deux ressources que l'action courante ne cherchera pas à constituer : l'*information* préalable pour repérer les personnes sans complémentaire santé ; l'*organisation* de relations entre acteurs de structures différentes pour faciliter l'accompagnement vers les dispositifs CMU-C et ACS. Par ailleurs, le *temps* est produit dans le cas de l'expérimentation, car il est nécessaire de créer un temps de travail spécifique pour l'action d'explication ; il sera garanti dans le portefeuille des ressources mis à la disposition des agents du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes si l'expérimentation se généralise, puisque le service social intégrant l'action d'explication dans ses activités courantes devra organiser en conséquence le travail de son personnel.

Il est également important de noter que l'expérimentation repose sur un *consensus* entre les assistantes sociales qui la mettent en œuvre et leur hiérarchie directe. Cet ensemble d'acteurs travaille de concert pour évaluer chemin faisant les résultats. En revanche, dans l'action courante, le consensus qui unit l'ensemble des salariés autour de l'objectif de l'accès de tous les patients aux soins et aux droits n'est pas véritablement mobilisé (il n'est pas rappelé), alors que l'action d'explication banalisée risque de perdre en intensité. Il en est de même avec le *soutien*, puisque l'expérimentation s'inscrit dans une politique générale de la CRAM, alors que l'action courante est menée sans aucun rappel de la philosophie générale de l'AGECSA, actée dans les statuts de l'association. Enfin, la CRAM, administration publique, conduit l'expérimentation sans budget spécifique ; il n'y a donc pas de ressource *argent*, à la différence de l'AGECSA, qui a besoin de tirer cette ressource de ses activités de soins (et qui ici a bénéficié de moyens de l'expérimentation).

Des deux côtés, on observe l'absence du *droit*. Si le droit des usagers à être informé existe, parce que des lois l'ont reconnu, il n'existe pas un « droit créance⁴⁸ » équivalent pour l'explication, c'est-à-dire pour des actions ciblées, reposant sur une logique de discrimination positive. Autrement dit, un plan d'action Explication ne peut aujourd'hui se prévaloir d'aucune consistance juridique ; un défaut d'explication ne peut faire l'objet de recours. Seule une étude de la jurisprudence pourrait indiquer si le juge a pu interpréter un défaut d'explication comme un manquement au droit à l'information.

⁴⁸ Philippe Warin, « Les 'droits créances' aux usagers : rhapsodie de la réforme administrative », *Droit et Société*, n° 51/52, 2002, p. 437-453.

D'autres ressources (comme le *soutien* et le *consensus*) peuvent compenser pour une part cette absence.

En conclusion, il est donc intéressant de souligner, au-delà de la mobilisation variable de certaines ressources (comme le *consensus* et le *soutien*), une différence dans les ressources à produire pour développer une action d'explication efficace : sur l'*information* comme sur l'*organisation*, l'expérimentation produit des ressources qui lui paraissent indispensables pour cibler l'action (l'information préalable sur les publics sans complémentaire) et pour agir avec efficacité (accompagnement dans les démarches et médiation vers d'autres acteurs : CPAM et mutuelles).

Il est important de prolonger cette synthèse en examinant la fréquence d'utilisation des ressources, (suivant l'idée qu'une ressource n'existe que si on s'en sert), mais aussi leur durabilité, soit une certaine garantie d'être maintenues dans le temps. Aussi classe-t-on les ressources entre **fréquence forte** ou **faible**, **durabilité** plutôt **garantie** ou **incertaine**.

Tableau : Fréquence d'utilisation et durabilité des ressources

Ressources	Expérimentation CRAM (public)	Pratique courante AGECSA (privé)
Personnel (agents formés missionnés pour expliquer les dispositifs)	fréquence forte durabilité garantie	fréquence forte durabilité incertaine
Argent (ressources budgétaires disponibles pour l'action)	ni mobilisée, ni produite	fréquence forte durabilité incertaine
Information (repérage préalable des personnes sans complémentaire)	fréquence forte durabilité garantie	ni mobilisée, ni produite
Organisation (accompagnement, médiation)	fréquence forte durabilité incertaine	ni mobilisée, ni produite
Consensus (confiance de la hiérarchie, autres agents)	fréquence forte durabilité garantie	fréquence faible durabilité garantie
Temps (disponibilité des agents)	fréquence forte durabilité garantie	fréquence faible durabilité garantie
Infrastructure (conditions matérielles des relations de service)	fréquence forte durabilité garantie	fréquence forte durabilité garantie
Soutien (inscription de l'action dans les objectifs généraux des organisations)	fréquence forte durabilité garantie	fréquence faible durabilité garantie

Plus une ressource est fréquemment utilisée, plus on peut supposer qu'un acteur qui voudra réaliser une action d'explication aura intérêt à en garantir le maintien et à en faciliter l'utilisation. La comparaison, sur ce plan, de l'expérimentation et de l'action courante, appelle plusieurs commentaires :

- Par comparaison, l'acteur public bénéficie mieux que l'acteur associatif de deux ressources : l'*information* et l'*organisation*. Néanmoins, la ressource *organisation* n'est pas nécessairement garantie dans la mesure où elle repose pour beaucoup sur des règles informelles de collaboration mises en place avec des professionnels d'autres structures de l'Assurance maladie, pour la recherche d'information, la circulation et le suivi de dossiers. Sur ce plan, des progrès sont à faire pour garantir des collaborations pérennes, dans la mesure où tout repose sur le choix des acteurs locaux en l'absence de règles ad hoc de partenariat au sein de l'Assurance maladie (absence de la ressource *droit* et principe d'autonomie des Caisses). Cette

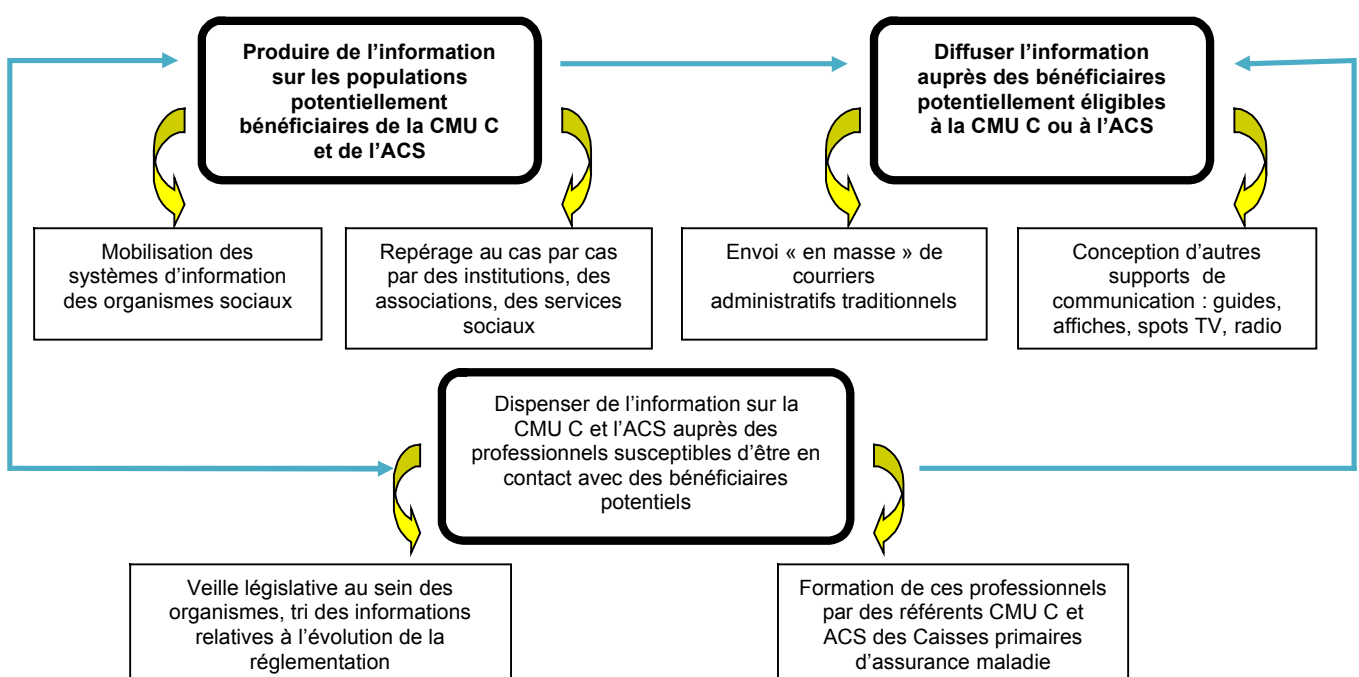
observation faite, on peut néanmoins conclure que l'amélioration de l'effectivité des dispositifs CMU-C et ACS repose en premier et principalement sur les acteurs qui les gèrent directement. Il faut surtout souligner que les services de la CRAM peuvent être des facilitateurs d'échanges entre CPAM et autres partenaires.

- Dans le cas de l'association les ressources *information* et *organisation* ne sont pas mobilisées et surtout ne sont pas produites. Cela tient à l'intégration de l'action d'explication dans le fonctionnement quotidien des activités et dans ce cas à l'absence de rappels sur son importance pour la structure (non utilisation des ressources *consensus* et *soutien*), mais aussi à l'absence de partenariats institutionnels ad hoc. Cela se traduit par : une absence de relais vers la CPAM pour vérifier la situation des patients apparaissant sans complémentaire ; l'absence de convention avec la Caisse primaire pour distribuer les formulaires de demande de CMU-C ou d'ACS dans les Centres de santé et pour faciliter leur remplissage ; l'absence de relations avec d'autres acteurs sur les mêmes territoires qui distribuent ces documents et aident à les remplir; etc. Cependant, ces observations n'obèrent en rien l'intérêt de multiplier les actions d'explication et leur portage en dehors de l'Assurance maladie, jusque dans les activités courantes de services de soins primaires ou de l'action sociale, qui accueillent un public nombreux ou relativement captif. Elles font simplement état de situations organisationnelles qui conditionnent nécessairement la portée des actions d'explication réalisées.
- Etre une administration ou une association ne garantit pas de la même façon le maintien des ressources dans le temps. Si l'association fait des efforts de formation pour informer au mieux ses agents sur les évolutions des dispositifs, le maintien de son personnel (formé) est largement tributaire des moyens financiers, et dans une moindre mesure d'un *turn over* du personnel. Surtout elle est confrontée à des contraintes de moyens (*argent*) qui l'empêchent d'accroître le personnel d'accueil nécessaire pour expliquer les complémentaires et servir de relais dans de meilleures conditions, malgré un *consensus* solide et durable (même s'il n'est pas mobilisé) au sein de la structure. Le service public paraît mieux préservé sur le plan du *personnel*, d'autant que l'accès aux droits a valeur de « règle formelle » au sein de l'organisme (*soutien* inscrit dans les objectifs de l'Assurance maladie, même s'il n'y a pas de règles formelles de mise en œuvre intercédant dans les relations entre services, ni de droit créance en matière d'explication ciblée sur des populations données).
- Le contexte spécifique de l'expérimentation ne modifie pas le fait que si celle-ci devient une action courante, les agents concernés auront pour mission d'expliquer les dispositifs et bénéficieront – normalement – du *temps* nécessaire et des conditions matérielles (*infrastructure*) suffisantes pour s'adresser au public au travers de différentes modalités (accueil sur place dans un espace dédié et un créneau horaire réservé, visite à domicile, téléphone). Dans l'association, l'*infrastructure* est d'une certaine façon banalisée : l'explication se fait par les secrétaires médicales, lors d'un accueil sur site organisé à partir d'une file d'attente, dans des espaces d'assez forte circulation (peu de confidentialité), en même temps que d'autres actions avec la même personne (prise de rendez-vous, fourniture et vérification de documents, réponses à de multiples questions de la personne) et à d'autres sollicitations ou appels téléphoniques. Nous ne disons pas que l'*infrastructure* de l'association est pauvre, mais simplement que l'action d'explication n'est pas organisée comme une « relation de service », et donc comme une activité distincte.

Ces conclusions insistent sur l'importance de certaines ressources en particulier : le *personnel*, l'*information*, l'*organisation*, l'*infrastructure*. Elles tendent du coup à préconiser l'existence ou la production, l'utilisation et le maintien de ces ressources pour accroître la réussite d'une action d'explication visant à améliorer l'effectivité des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS. Dit autrement, il apparaît que *la meilleure action d'explication est celle qui peut se construire à partir d'un ciblage des populations, s'adosser à un partenariat structuré entre services complémentaires, et se dérouler dans le cadre d'une activité suffisamment organisée*.

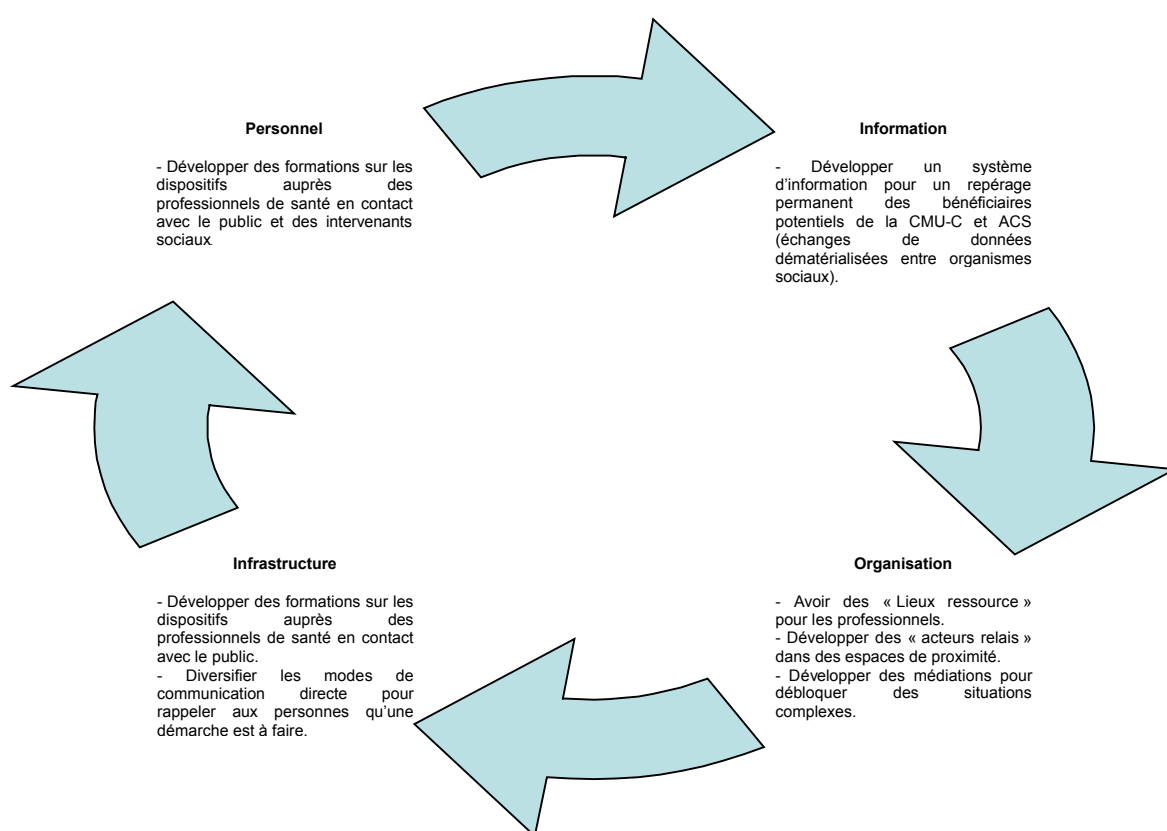
Aussi, est-il important ici, d'inclure les remarques suivantes présentées par Héléna Revil, doctorante, membre du comité technique de suivi de l'expérimentation :

« Les enquêtes par questionnaires, les entretiens auprès des bénéficiaires potentiels, les discussions avec les travailleurs sociaux et les partenaires institutionnels impliqués dans l'expérimentation démontrent le rôle joué par la *ressource* « information » dans l'accès à la complémentaire santé. Si le déficit d'informations sur les droits CMU-C et surtout ACS est une cause avancée par les individus pour expliquer leur non recours, le manque d'informations fiables et actualisées est aussi ressenti par les travailleurs sociaux, secrétaires médicales, professionnels de santé comme une difficulté prégnante. La connaissance des dispositifs par ces professionnels apparaît en effet indispensable pour, d'une part participer au repérage d'éventuels bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS et le cas échéant apporter une information claire et homogène sur les dispositifs. Parallèlement, la production d'informations - par les systèmes d'informations ou par la détection au cas par cas - sur les bénéficiaires potentiels constitue un point cardinal de toutes actions auprès des individus éligibles aux dispositifs de la complémentaire santé gratuite ou aidée. L'information intervient ainsi sous plusieurs formes dans l'accès à la complémentaire santé : nous distinguons ainsi la dimension « production » de l'information de celle de « diffusion » que l'on peut d'ailleurs séparer en deux sous-dimensions : la diffusion vers les bénéficiaires potentiels mais également vers les professionnels susceptibles de repérer ou d'être en contact avec ces bénéficiaires. Ces trois dimensions fonctionnent ensemble et ne sont aucunement déconnectées les unes des autres. Le schéma qui suit tend à projeter une image simplifiée des relations existantes entre les dimensions précitées et à montrer le caractère systémique de l'information dans l'amélioration de l'accès à des dispositifs ciblés. »



Ces commentaires conduisent en particulier à souligner la nécessité de mutualiser le travail spécifique de synthèse et de communication des informations nécessaires aux différents professionnels pour expliquer au mieux les dispositifs aux bénéficiaires potentiels. C'est la nécessité d'une information reçue, analysée et synthétisée par un service *ad hoc*, qui a été soulignée fortement dans le groupe de qualification mutuelle et qui ressort du film produit à son issue. Des initiatives sont déjà prises dans ce sens. Mais il faut insister sur la nécessité d'un outil commun généralisé.

La réalisation d'un tel objectif repose en particulier la question de la coordination, c'est-à-dire de l'acteur chargé de la préparation et de la diffusion de cette information synthétique. On peut imaginer qu'un Conseil général pourrait le faire (comme il s'en occupe en Isère pour l'insertion professionnelle), mais en matière de santé cela soulève la question des compétences attribuées à l'acteur départemental. La question est donc institutionnelle.



Les propositions issues du Groupe de qualification mutuelle (Groupe Contrôle), rappelées dans cette figure, confirment ces préconisations, même si elles ouvrent, on l'a vu, les pistes d'autres plans d'action (INFORMATION : « Diffuser par des campagnes d'information des messages 'grand public' sur les dispositifs de complémentaires gratuites ou aidées. Campagnes positives sur les droits » ; AUTOMATICITE : « Renouveler de manière automatique la CMU-C et l'ACS pour éviter des ruptures de droits » ; SIMPLIFICATION : « Créer des groupes mixtes demandeurs / professionnels pour simplifier les formulaires et les courriers administratifs et pour concevoir des visuels largement diffusés »). Par conséquent, nous observons une convergence des résultats entre les Groupe Témoin et Groupe Contrôle. Dans ces conditions, la question de la généralisation d'actions d'explication dans le cadre d'une politique globale d'amélioration de l'effectivité de la complémentaire santé pour les plus démunis semble pouvoir trouver ici un possible cadre de réflexion.

4. AVIS D'EXPERTISE

Conformément aux objectifs et modalités de réalisation du projet, un avis d'expertise est rendu ici sur le rapport présenté ci-dessus. Cet avis porte sur la pertinence de la démarche et l'intérêt des résultats. Il est également assorti de remarques plus générales sur les politiques à entreprendre pour faciliter l'accès des plus démunis à une complémentaire santé.

Avis d'expertise

Peter Knoepfel

Professeur à l'Institut des Hautes Etudes en Administration Publique / Lausanne

Cet avis d'expertise est divisé en deux parties. La première concerne la recherche menée par l'équipe ODENORE qui fut explicitement demandée par le mandataire dans son cahier de charges. Notons que cette évaluation est basée, d'une part, sur des observations récoltées tout au long de l'avancement du présent travail moyennant des lectures de rapports intermédiaires ainsi que des entretiens avec les auteurs et, d'autre part, sur des connaissances des politiques sociales françaises et suisses acquises au sein de l'élaboration d'une multitude de travaux d'étudiants (fonctionnaires, spécialistes du domaine et/ou débutants) élaborés comme travaux de notre enseignement « Analyse et pilotage des politiques publiques » depuis bientôt 30 ans.

A noter toutefois que l'auteur n'est pas un spécialiste du domaine des politiques sociales (comme, p. ex. Philippe Warin et ses collaborateurs de l'ODENORE) ; son regard critique porte plutôt sur des aspects conceptuels et méthodologiques de la présente recherche. Dans ce même sens, la deuxième partie de cet avis d'expertise se propose d'amener quelques réflexions sur les résultats obtenus par les chercheurs qui dépassent le sujet du non-recours aux droits d'assurance maladie complémentaire ; cette partie est d'ailleurs structurée selon les grandes dimensions de l'analyse des politiques publiques classiques.

La recherche

Dans le sens d'une critique constructive cette partie aborde la portée de la question traitée dans le présent rapport, l'hypothèse de travail centrale, la conceptualisation et le dessein de recherche retenus par l'équipe ODENORE, les modalités de récolte et de traitement des données ainsi que les résultats obtenus.

Actualités de la question de recherche

L'étude empirique des raisons d'être du non-recours au droit à des prestations sociales concerne l'un des problèmes-clés de l'état social d'aujourd'hui. En effet, ce phénomène qui est au centre des activités de recherche de l'observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) ayant élaboré le présent rapport, semble prendre une ampleur de plus en plus préoccupante, et ceci non

seulement en France, mais de manière générale dans l'ensemble des politiques sociales, nouvelles et anciennes de nos états providences. Les citoyennes et citoyens ayant droit à des prestations sociales, notamment à celles complémentaires, risquent de ne pas y recourir à cause du simple fait qu'ils n'en ont pas connaissance. Cet état des lieux déficitaire est-il dû à leur propre « faute », à une politique de communication déficitaire de la part des acteurs politico-administratifs en charge ou à des programmes politico-administratifs de plus en plus complexes, se matérialisant dans une multitude de textes législatifs, parlementaires et gouvernementaux, qui, de plus, subissent des changements à un rythme quasi vertigineux ?

Tout en focalisant la pratique de communication des administrations en charge de l'aide complémentaire santé (ACS) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et, plus particulièrement, celle d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), d'une caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) ainsi que celle de l'association de gestion des centres de santé (AGECSA), le présent rapport contient également de nombreuses données permettant une discussion des caractéristiques des personnes concernées par le non-recours ainsi que la qualité du matériel normatif des politiques d'aides complémentaires en matière d'assurance santé.

Hypothèse de travail

Appuyé par un raisonnement théorique et pratique solide et bien fondé, la présente recherche postule, comme hypothèse de travail, qu'un passage de simples actions d'information dans le sens d'une « administration sociale » vers des actions d'explication dans le sens d'un véritable accompagnement social peut être considéré comme un moyen efficace de lutte contre le non-recours aux prestations de l'assurance maladie complémentaire. Ce passage, décrit par les scientifiques de l'ODENORE dans plusieurs publications scientifiques antérieures (référées dans le texte), nécessite un changement profond des pratiques des caisses d'assurance maladie. En effet, les auteurs postulent que celles-ci doivent abandonner leur attitude d'attente passive derrière leurs guichets et se transformer en accompagnateurs des personnes, souvent socialement vulnérables, nécessitant, selon les données sur leur état social disponible, les aides complémentaires.

Conceptualisation

En appliquant de manière conséquente les concepts de l'analyse de politiques publiques, la conceptualisation du présent rapport est basée sur l'identification du problème social public que les politiques d'aides complémentaires en matière d'assurance maladie se proposent de résoudre. Les chercheurs définissent ce problème comme le risque « d'une précarité économique dans l'accès aux soins dû à l'absence de complémentaire santé chez les populations qui peuvent obtenir une complémentaire gratuite ou une aide à l'acquisition d'une mutuelle » (p. 5). Ce rappel du problème public (malheureusement souvent « oublié » par les acteurs politico-administratifs en charge de la conduite de politiques publiques au quotidien) leur permet de développer le modèle de causalité sur lequel cette politique est construite. Ce modèle qui n'est pas explicitement développé dans le texte permet d'identifier comme groupe cible (et non pas seulement comme groupe bénéficiaire) les personnes « objectivement » susceptibles d'appartenir au groupe des ayants droit aux prestations en question.

Bien qu'étant (trop peu ?) mis en scène dans le texte, cette démarche conceptuelle me semble représenter un changement de paradigme (au moins pratique) dans le domaine des politiques sociales car elle mène à considérer, comme responsables objectifs du problème causé par le non-recours, en tout premier lieu celles et ceux qui figurent parmi les bénéficiaires de la même politique. Cette double appartenance des ayants droit à la fois au groupe cible, susceptible de changer son

comportement afin de résoudre le problème public, et au groupe bénéficiaire comme groupe qui souffre de l'existence du problème que la politique publique se propose de résoudre, est un phénomène émergent dans beaucoup de nouvelles politiques sociales. Et l'analyste doit en tenir compte en concevant les personnes bénéficiaires de prestations sociales comme appartenant à la fois au bénéficiaire et au groupe cible des politiques en question, qu'il l'accepte ou ne l'accepte pas d'un point de vue idéologique (« responsabiliser les bénéficiaires des prestations sociales »).

Dessein de recherche

Comme décrit en détail dans l'annexe 1, le retrait de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Grenoble de l'expérimentation, dont les raisons d'être ne sont malheureusement pas retracées dans cette même annexe (p. 44) a nécessité une réorientation du dessein de recherche initial. Autant qu'on puisse regretter ce retrait, autant on peut considérer comme réussi les mesures de sauvetage proposées par l'équipe et validées par le comité technique de suivi. En effet, le premier design considérait comme « Groupe de Contrôle » principal un groupe de personnes « choisies parmi la population qui n'est pas concernée par l'une ou l'autre des deux actions d'explications », groupe qui aurait été traité, par contre, par une action d'information traditionnelle (envoi de courriers de masse). Le retrait de la CPAM a donc « rendu caduc l'objectif de comparaison entre action d'information de masse... et action d'explication » (p. 44). L'action de « sauvetage » de l'équipe consistait en une mise plus importante sur le Groupe de Contrôle restant (« groupe de discussion » participant à la démarche « qualification mutuelle ») et sur l'enquête complémentaire par questionnaire écrit auprès d'environ 300 allocataires du RMI « détectés sans complémentaire en septembre 2007 et identifiés en septembre 2008 comme étant toujours sans complémentaire » (p. 34). De plus, la procédure de choix du Groupe Témoin a permis de mieux quantifier l'ampleur du phénomène du non-recours, phénomène notamment présent auprès « de personnes pour lesquelles un accompagnement social paraît de toute façon nécessaire » (p. 19).

Nous partageons cependant le regret de l'équipe de recherche concernant le retrait dommageable de la CPAM de Grenoble de la démarche.

La conceptualisation de la démarche explicative comme véritable « plan d'action parmi d'autres » (p. 14) tel que le développement de la « @dministration » ou le développement de « l'automaticité » de l'accordement des droits à l'assurance maladie paraît approprié. En effet, la démarche d'explication doit cibler un groupe prioritaire choisi parmi les ayants droit potentiels moyennant l'application des méthodes statistiques telles que développées par l'ODENORE dans des recherches précédentes. De même, le travail sur le concept des « ressources des acteurs des politiques publiques » présenté, il est vrai, seulement dans le chapitre de synthèse (et non pas dans la présentation du concept initial) nous paraît pertinent. L'analyse du degré de mobilisation de ces ressources (p. 37) montre en effet que le CRAM devrait être plus à même de mener des actions d'explication que les pratiques courantes associatives de l'association de gestion des centres de santé (AGECSA).

Récolte et traitement des données

Comme d'habitude, il est difficile pour un observateur extérieur de se prononcer sur la véracité des données présentées dans un rapport scientifique. Dans le cas présent, ceci est d'autant plus difficile que le rapport contient des données qualitatives (de haute valeur) ayant trait à des perceptions subjectives de la part des personnes interrogées quant à leurs connaissances de leurs droits et, surtout, quant à la procédure d'activation de ces droits auprès des caisses maladies. Cependant, la lecture attentive et approfondie du texte nous permet le constat que l'équipe a entièrement suivi les exigences épistémologiques et méthodologiques ainsi que les standards professionnels régissant la

récolte et le traitement des données en matière de sciences sociales. Ceci semble notamment être le cas dans l'expérimentation dite « qualification mutuelle » qui s'est servie d'une méthode novatrice audio-visuelle permettant de documenter de manière impressionnante « le puits perdu » et « le parcours du combattant » (p. 28-29 et – surtout – le film). On apprécie aussi la précision des légendes des tableaux et les explications figurant dans les notes de bas de page.

Résultats

Tout en confirmant des résultats d'autres recherches en matière du non-recours menées par ODENORE et des équipes de recherche étrangères le présent projet me semble porter de nouveaux éclairages au niveau de la conceptualisation, de la démonstration de la faisabilité pratique de démarches explicatives par des caisses (notamment les CRAM et, plus inattendu, car de moindre manière par les professionnels des centres de l'AGECSA) et au niveau de l'instrument de l'ingénierie sociale appelé « qualification mutuelle ».

Discussion des résultats

Dans cette deuxième partie dédiée à quelques réflexions qui dépassent le stricte cadre de la recherche menée par ODENORE nous reviendrons, de manière plus critique, sur l'épineuse question de la définition du problème constitutif de la politique analysée, sur des stratégies alternatives de traitement de son groupe cible et sur les changements nécessaires au niveau des acteurs politico-administratifs en charge de sa mise en œuvre. Convaincu que le non-recours n'est pas entièrement attribuable à la mise en œuvre mais aussi à la manière de programmer cette politique nous nous permettons finalement quelques remarques critiques sur le programme politico-administratif et sur le positionnement de cette politique au sein des autres politiques sociales.

Définition du problème

Ce n'est pas seulement à partir de la montée en puissance du principe du développement durable au milieu des années quatre-vingt-dix que l'on reconnaît que chaque politique publique a une composante sociale (à part celles économique et écologique). Ceci est particulièrement vrai pour les politiques économiques, les politiques environnementales, mais aussi pour les politiques de santé publique qui font l'objet du présent rapport. Vu le lien étroit qui existe entre la politique de santé publique et celle sociale qui met au centre l'accessibilité des soins aux plus démunis de la société, on peut effectivement se demander si la focalisation sur ce seul aspect social des auteurs du présent rapport suffit pour véritablement saisir le problème public justifiant, selon les acteurs dominants (et non pas selon l'analyste observateur) toutes les démarches proposées pour lutter contre le non-recours.

C'est dans ce sens que nous doutons que, dans le cas présent, on puisse parler d'une véritable « politique d'amélioration de l'effectivité de la complémentaire santé pour les plus démunis » (p. 30) dont le problème public serait « une précarité économique dans l'accès aux soins dû à l'absence de complémentaires santé chez les populations qui peuvent obtenir une complémentaire gratuite ou une aide à l'acquisition d'une mutuelle » (p. 5, similaire : p.11). Ce découpage de la composante sociale (« précarité économique dans l'accès aux soins ») de la politique générale de santé peut facilement induire à perdre de vue la « composante santé publique » dans la définition du problème. En effet, le nonaccès aux soins « regrettable » au niveau individuel des personnes concernées, ne devient un problème public que dans la mesure où les personnes en bonne santé se sentent menacées par des maladies des « démunis » comme des nantis. La souffrance individuelle des « démunis » en tant que

telle ne devient un problème public qu'au moment où elle se transforme en souffrance collective, souffrance qui doit, par définition, dépasser le groupe des personnes directement concernées.

A première vue ce raisonnement peut paraître « cruel ». Mais une réflexion plus approfondie montre qu'il ne l'est pas du tout car il montre la nécessité tant défendue, à juste titre, par les prétendants de l'Etat providence d'une solidarité entre personnes en bon état de santé et personnes malades comme une valeurs républicaines de première ordre. Toujours selon ce même raisonnement, les bénéficiaires de mesures d'activation des droits des personnes incapables d'accéder aux soins par leurs propres moyens ne sont donc pas seulement ces personnes elles-mêmes, mais également et surtout les personnes en bonne santé et capables d'activer leurs droits aux soins (moyennant la conclusion de contrats d'assurance, complémentaires ou non complémentaires).

En réintroduisant cette « composante santé publique » dans la définition du problème, sa portée pour la politique au sein de laquelle on prend des mesures d'activation des personnes manifestant le non-recours à leurs droits devient plus solide et plus universelle. En effet, elle concerne la lutte contre le risque sociétal grave d'une dégradation sérieuse de l'état de santé de la population tout court, risque qui est très probablement accompagné d'un danger sérieux d'une désintégration sociale incluant toutes sortes de troubles graves de la paix sociale. Formulée de cette manière, la définition du problème (ainsi que de la politique publique en question) devient (encore) plus puissante que celle insistant uniquement sur la composante sociale du problème.

Comme expliqué ci-dessus, le fait même de rappeler le problème public que la politique examinée dans ce rapport se propose de résoudre, représente en lui seul un mérite incontestable du présent rapport. Il conviendra, à l'avenir, que tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le non-recours disent et redisent le véritable problème public justifiant leur action. En effet, il ne s'agit pas d'une démarche « caritative », mais d'une action d'intérêt public véritablement sérieux.

Groupe cible

Soulignons-le encore une fois : le groupe cible de la politique examinée ne sont ni les caisses maladies (qui, indépendamment de leur forme juridique, appartiennent aux acteurs politico-administratifs responsables de la bonne conduite de la politique), ni les actuels bénéficiaires d'une complémentaire, mais toute personne éligible pour une complémentaire selon les critères définis par le droits sociaux-sanitaires. Pour résoudre le problème public mentionné, les actions d'explication, notamment auprès des personnes socialement vulnérables, deviennent des actions publiques nécessaires. A l'appui de chiffres précis le rapport montre que ce groupe n'est pas seulement faible économiquement, mais que ses caractéristiques sociologiques font qu'il a de la peine à s'organiser en tant qu'acteur et, partant, à articuler et défendre ses intérêts. Se pose alors la question, à savoir si l'accompagnement social proposé ne devrait pas, peut-être même en premier lieu, inclure des aides à la mobilisation collective de ces personnes sous forme de la création d'un tissu associatif. En effet, à l'image d'autres politiques sociales spécialisées (p. ex. celle des personnes sans papiers, celle des personnes sans domicile fixe etc.), il peut paraître plus prometteur de d'abord « créer » le groupe cible avant de se lancer dans des actions - coûteuses- d'explications individualisées.

L'observation des politiques sociales sur la longue durée nous induit aussi à conseiller la prudence dans toute action d'activation des groupes cibles car les milieux politiques tendent (trop) facilement à dénoncer de telles démarches comme menant à la fraude sociale. Les journaux parleraient alors d'une « sur-activation » invitant des « faux-malades » à abuser des assurances sociales et à ainsi contribuer à l'augmentation des coûts de la santé.

En citant un rapport du Fonds couverture maladie universelle (CMU) le rapport fait allusion à la « peur de la stigmatisation » et à la « crainte identitaire » (p. 35) qui peuvent être à l'origine de phénomènes de non-recours. Indépendamment de la justification de tels arguments avancés par les personnes concernées (et du fait de l'existence d'une certaine « obligation » de recourir aux soins, selon les propos présentés sur la définition du problème ci-dessus) il nous semble nécessaire de prendre au sérieux ce genre d'argument. En effet, malgré tout effort d'explications dans le sens des propositions présentés dans le rapport, l'expérience montre que le non-recours ne pourra jamais être évité totalement (non-recours comme forme de « protestation contre la société »).

Nouvelle approche des caisses

L'action d'explication nécessite un changement profond au niveau du profil professionnel des collaboratrices et collaborateurs des caisses. Si l'on veut conduire à bien le volet de la politique de la santé publique dédié aux personnes socialement fragiles et précaires, on nécessitera dans ces organismes moins d'économistes et de comptables et considérablement plus de travailleurs sociaux. De plus, l'accompagnement social demandera des efforts de formation importants auprès du personnel actuellement en place. Comme le rapport le montre de manière impressionnante dans le chapitre « qualification mutuelle » (p. 28 ss.), ceci implique également des formations en matière de droits (social et de santé publique). Et si l'on choisit la voie proposée ci-dessus de mieux organiser les groupes cibles, les collaboratrices et collaborateurs des caisses doivent aussi être formés en matière d'action associative.

Toujours est-il qu'une part non-négligeable, selon nous, de la responsabilité de l'existence du phénomène du non-recours ne peut pas être imputée aux caisses locales ou régionales, mais plutôt aux acteurs centraux « parisiens » qui semblent se plaire en produisant des règlementations de plus en plus complexes (cf. prochain point).

Le programme politico-administratif

Comme observateur étranger, il me semble difficile à comprendre pourquoi le législateur se refuse à radicalement simplifier les procédures en passant, p. ex., à un régime d'automatisme de l'attribution de l'assurance complémentaire à l'image, p. ex., du Canada ou des cantons suisses. Ceci me semble d'autant plus facile que, à conclure du rapport de l'équipe ODENORE, les données concernant les personnes éligibles selon des critères déjà fixés ou à concrétiser d'avantage, semblent être disponibles. Face à l'extrême complexité et au rythme de changements étrangement rapide de la réglementation en la matière, le politologue, sensible aux questions d'intérêt et de pouvoir des acteurs porteurs et promouvant cette politique, se doit de poser la question si ces acteurs n'ont pas un intérêt à cette complexité et, partant, s'ils ne comptent pas systématiquement sur le non-recours ainsi créé.

En bonne compagnie avec Jacques Attali (l'Express du 22-11-2001) nous posons la question de savoir si ce phénomène, présent également dans d'autres politiques publiques hexagonales, n'est pas l'expression d'une certaine « arrogance législative » consistant en une stratégie, intentionnelle ou non, d'acteurs corporatistes qui dominent les « techniques législatives » et les « rythmes de changements » dans les politiques sociales comme dans d'autres domaines réglementaires de la France. Si tel était le cas, alors le phénomène du non-recours, thématiqué en France, me semble-t-il, plus qu'ailleurs en Europe, devrait être attribué davantage aux législateurs responsables du niveau national du programme politico-administratif qu'aux acteurs politico-administratifs en charge de la mise en œuvre ; il s'agirait alors d'un « déficit de mise en œuvre préprogrammé » classique.

Liens inter-policy

Dans le sens d'un prolongement du point précédent, l'observateur étranger est frappé par l'énorme fragmentation des politiques sociales spécialisées et le peu de coordination législative et exécutive existant entre ces politiques (coordination inter-policy). Ce phénomène accentue incontestablement la complexité réglementaire et il se poursuit, nous semble-t-il, au niveau de luttes de pouvoir au sein de l'administration centrale et trouve son apogée sous la forme d'une extrême fragmentation de l'action de la mise en œuvre régionale et locale.

On peut donc se poser la question s'il n'est pas grand temps, à l'image, p. ex., du postulat de l'automatisme proposée ci-dessus, de créer une véritable « politique de la pauvreté » qui intégrerait les multiples politiques sociales aujourd'hui hautement sectorialisées du chômage, du handicap physique et mental, de la caisse maladie, de l'aide sociale etc., pour l'ensemble des personnes vulnérables vivant en précarité. Accompagnée par une politique active de mobilisation associative de cette frange –croissante– de la population, une telle politique de la pauvreté, rassemblant en un seul guichet unique des packages de prestations sociales inter liées par des mécanismes d'automatisme, pourrait probablement contribuer de manière plus efficace à la lutte contre le non-recours que des mesures mises en place de manière isolée dans chacune des politiques sectorielles concernées. A supposer que la présente fragmentation alimente des groupes d'intérêt politiquement puissants et bien organisés, ce changement devrait, il est vrai, rencontrer une opposition politique certaine. Mais, comme le rapport le montre, il semble presque inéluctable à l'avenir.

23-12-2009

Annexe 1. Réorientation de l'objectif initial de l'expérimentation et adaptation de la méthode.

Objectif 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'efficience 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'efficience 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
--

Pour évaluer l'efficience 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).

Réorientation.

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 complémentaire, 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 engagement. 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 de 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 réorienter son action aux bénéficiaires potentiels de l'ASPA, à partir de listes reçus des services retraite de la CRAM.

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 de l'échelon du Service Social de l'Isère de la CRAM Rhône-Alpes. 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 CMU-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 (de masse) et d'explication (proactives) de la CMU-C et ACS.

Annexe 2. Initiatives illustrant certaines propositions du Groupe Contrôle.

Le Guide d'orientation inter-organismes et publics, de l'Ain.

07/11/08 - "Orienter l'utilisateur au bon endroit du premier coup", tel était l'objectif affiché par sept organismes sociaux du département (Assedic, CAF, CPAM, CRAM, MSA, Urssaf et conseil général) en mettant en ligne, en mars dernier, ce guide destiné aux travailleurs sociaux qui disposent d'un espace privé, mais aussi au grand public pour sa partie accessible. Le site "vise notamment les quelques 700 acteurs institutionnels et associatifs amenés à renseigner le public dans l'Ain, qu'il s'agisse de collectivités locales, de centres sociaux, de structures d'accueil de la petite enfance, de bailleurs, d'associations d'insertion, d'aide à domicile...", selon ASH qui nous fait découvrir l'outil. Il présente les missions et les publics des sept partenaires fondateurs, ainsi que les coordonnées de leurs différents lieux d'accueil, en précisant l'offre de services de chacun en matière d'accueil physique, téléphonique, par le biais de bornes interactives, d'envoi de SMS, de sites Internet. Le moteur de recherche offre différents critères combinables : nom de l'organisme, mode de contact, commune de localisation, voire nom des rues.

> Le guide en ligne : <http://www.ain.fr/guideio/>
> Un guide en ligne pour bien orienter les usagers des services sociaux
<http://www.ash.tm.fr/front/infos.php?id=16676>

La Personne relais.

Un relais est une personne qui transmet une information à d'autres, qui permet à une action de se démultiplier sur un territoire, d'agrandir son rayonnement ou d'être représentée quel que soit le secteur considéré. Pour autant, aujourd'hui, les initiatives se diversifient et d'autres perspectives se profilent... Un trait d'union dans l'action

Selon certains SREPS – schéma régional d'éducation pour la santé –, les relais se définissent comme des personnes qui sont au contact de populations ou de communautés pouvant repérer des besoins en éducation pour la santé et diffuser un message ou une action de prévention.

Pour d'autres, et en particulier dans le cadre des accompagnements à la sensibilisation des cancers, sont relais tous les acteurs de la vie locale identifiés, connus et reconnus par la population : association de santé, de patients, habitants, services sociaux, professionnels de santé, structures d'accueil qui s'adresse à la population générale (cf. exemple ci-après).

Dans le domaine du sport, il s'agit de passer le témoin au coureur suivant. Dans le domaine des communications, ce sont les antennes relais qui permettent de couvrir le secteur.

> Promotion de la santé – Des repères pour Agir en Promotion de la santé.
Pour télécharger le document - SUIVRE CE LIEN
Rubrique Repères pour agir en promotion de la santé - Luc Hincelin - n°3 - mai 2008

Création du Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République

07/01/09 - Le Médiateur de la République, Jean -Paul Delevoye vient de se voir investi d'une nouvelle mission de renforcement du droit des patients. Il est désormais compétent pour recevoir toutes les réclamations mettant en cause le non respect du droit des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins. Ce périmètre d'action s'étend à tous les établissements publics

et privés ainsi qu'à la médecine de ville. La Mission pour le développement de la médiation, de l'information et du dialogue pour la sécurité des soins (MIDISS), créée en 2006 au sein de la Haute autorité de santé (HAS) a en effet rejoint début janvier les équipes du Médiateur de la République afin de créer un pôle « santé et sécurité des soins » dédié à l'information des usagers et à la médiation entre patients et professionnels de santé. "Dans un contexte de défiance à l'égard du système de santé, il est apparu essentiel de proposer un dispositif de médiation indépendant de la sphère médicale", peut-on lire sur le site du Médiateur. Ce dernier pourra désormais user de son pouvoir de contrôle et d'injonction qui lui permet, par exemple, d'obliger un établissement de santé à communiquer un dossier médical à un patient ou une famille. Il peut "également formuler des recommandations et les rendre publiques" ou encore s'assurer que des "mesures correctives sont mises en oeuvre à la suite d'un accident dès lors qu'il s'avère évitable." Enfin, le médiateur alerte si nécessaire les autorités, à qui il fait parvenir ses "retours d'expérience dans une optique de prévention.» La tâche sera rude à en croire les statistiques fournies par le Médiateur : "1 patient sur 10 rentrant à l'hôpital subit un événement indésirable (infection, erreur etc.) et 85 % de ces événements sont liés à des défauts ou des insuffisances d'organisation.»

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins a ouvert une ligne d'écoute anonyme et confidentielle au 0810 455 455 (prix d'un appel local) pour recueillir, expliquer, orienter et assurer le suivi des demandes, réclamations et inquiétudes de tous les usagers du système de santé et leurs proches.

> Communiqué du Médiateur : <http://www.mediateur-republique.fr/fr-citoyen-05-178>

> Le site du Pôle Santé et Sécurité des Soins : <http://www.securitesoins.fr/>

> L'entretien de Alain-Michel Ceretti dans Medecinews :

http://www.medecinews.com/index.php?fuseaction=invites_main.Invite&articleID=63



Ce document présente une synthèse du rapport complet rédigé par la MIPES en février 2004. Les états des lieux de chaque département sont joints en annexe du rapport complet.

Le contexte de la démarche.

En octobre 2002, la MIPES a constitué un groupe de travail chargé d'approfondir les connaissances sur l'accès aux droits sociaux. Les membres du groupe de travail, issus d'organismes divers (administrations sociales, collectivités locales, associations ...), ont retenu trois pistes de travail⁴⁹. L'une d'entre elles portait sur l'analyse de l'effectivité des dispositifs d'accès aux droits créés dans le cadre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Le champ étant vaste, le groupe a choisi de débiter l'observation sur le dispositif des Commissions d'Action Sociale d'Urgence (CASU).

Un premier travail de collecte d'informations sur le fonctionnement, les atouts, les limites du dispositif CASU, ainsi que sur les modalités de coordination avec les autres dispositifs d'aides financières a été mené sur l'Essonne. Cela a consisté à s'entretenir avec l'ensemble des partenaires susceptibles d'intervenir dans le dispositif (DDASS, CCAS, Conseil Général, CPAM, CAF, Secours catholique, Croix-Rouge, Secours populaire, Société Saint Vincent de Paul), ainsi qu'avec les organismes en charge des autres dispositifs d'aides financières, tels que le Fonds de Solidarité Logement, le Fonds d'Aide aux Jeunes, la Commission Locale d'Insertion. Compte tenu de la charge de travail qu'une telle démarche suppose, et dans l'objectif de généraliser ce travail à l'ensemble de la région Ile-de-France, il a été convenu pour les autres départements de limiter les entretiens aux organismes en charge du

⁴⁹ L'ensemble de la démarche et les autres documents produits par le groupe de travail sont présentés sur les sites Internet de la MIPES.

pilotage du dispositif CASU sur le département (majoritairement l'Etat et le Conseil Général), ainsi qu'à une ou deux associations.

Les Commissions d'Action Sociale d'Urgence, prévues à l'article 154 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, sont chargées d'« assurer la coordination des dispositifs susceptibles d'allouer des aides, notamment financières, aux personnes et aux familles rencontrant de graves difficultés ». Ces commissions, prenant le relais du Fonds d'Urgence Sociale (FUS), ne devaient pas créer une nouvelle aide d'urgence, mais visaient à coordonner les multiples dispositifs d'aide et de secours existants dans les départements et pilotés par des institutions diverses. Le but recherché était de faciliter l'accès aux dispositifs d'aide pour les personnes en grande difficulté, d'éviter leur renvoi d'une institution à l'autre, de vérifier l'ouverture des droits auxquels elles peuvent prétendre et d'assurer un suivi de leur demande.

Les instances et les outils de travail créés dans le cadre du dispositif CASU.

Cinq ans après la promulgation de la loi de lutte contre les exclusions, tous les départements disposent d'une CASU, du moins officiellement, par la signature d'une convention ou d'un arrêté (Seine-et-Marne), portant création de cette instance départementale. Mais chaque département observe des disparités dans l'objectif, l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CASU. Antérieurement à la loi relative à la lutte contre les exclusions, la coordination des aides financières était déjà effective sur deux départements franciliens, à Paris et dans les Yvelines.

Les instances politiques et techniques.

Les conventions des huit départements ont été signées dans la plupart des cas entre le Préfet et le Président du Conseil Général. La composition de la CASU départementale est quasi identique sur l'ensemble des départements. Elle regroupe une grande majorité des partenaires cités ci-après : l'Etat, le Conseil Général, les CCAS des communes importantes du département, les ASSEDIC, la CAF, la CPAM, la CRAMIF, la MSA, EDF/GDF, des associations caritatives (Secours catholique, Secours populaire, Croix-Rouge). Cette instance départementale se réunit en principe une fois par an, ce qui a été le cas pour tous les départements jusqu'en 2000/2001. Mais depuis cette période, dans un grand nombre de départements, la CASU ne s'est plus réunie. Le constat est dressé d'un certain désengagement des acteurs intervenant dans le dispositif CASU et de l'absence d'une implication politique pour permettre l'évolution de ce dispositif.

En parallèle de l'instance politique, toutes les conventions prévoyaient la création d'un comité technique chargé de préparer les CASU départementales, d'assurer un suivi opérationnel de la coordination des aides et de la conception d'outils de coordination.

Les commissions locales et la polyvalence des guichets.

Quatre départements (Paris, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise) ont formellement délocalisé la CASU sur leurs territoires en créant des commissions locales d'attribution d'aides financières, dont l'objectif est l'étude des dossiers de demandes d'aides jugés complexes. Ces commissions se tiennent régulièrement ; leur fréquence varie d'un département à l'autre, de une fois par mois à une fois par semaine. Le découpage territorial de ces commissions locales est calqué sur un découpage officiel existant (ou son regroupement), comme les Commissions Locales d'Insertion, les arrondissements ou les territoires d'action médico-sociale du Conseil général. En Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne, au moment de la création de la CASU départementale, il a été envisagé une expérimentation de commission locale. Des communes ont été sollicitées. Mais par manque d'engagement des différents acteurs, certains projets n'ont pas abouti et la généralisation des commissions locales sur l'ensemble du département n'a pu être effective.

La polyvalence des guichets d'accueil, avec la notion de travailleur social référent, a été mise en place dans cinq départements. Les organismes acceptent que leurs travailleurs sociaux instruisent des demandes d'aides financières pour des personnes ne relevant pas de leurs services. Auparavant, ces personnes étaient renvoyées vers l'organisme dont elles dépendaient.

D'autre part, certains départements (Paris, les Yvelines et la Seine-et-Marne) ont élargi la notion de travailleurs sociaux à celle de référents ou intervenants sociaux afin de permettre à des personnes non formées en travail social d'instruire des dossiers.

L'imprimé unique et le répertoire des dispositifs d'aide.

Bien qu'il nécessite un important travail de simplification administrative et d'harmonisation des procédures, l'imprimé unique de demande d'aide financière facilite la démarche administrative, tant pour l'usager que pour les professionnels en charge de l'instruction de la demande. Six départements d'Ile-de-France se sont dotés de cet outil. Dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis, par contre, le formulaire unique n'a jamais été complètement élaboré ou bien les professionnels ne s'en sont jamais réellement saisis. Dans les départements où le formulaire unique est utilisé, celui-ci peut servir également pour solliciter d'autres dispositifs d'attribution d'aides financières.

Le guide des dispositifs d'aide au niveau départemental.

Ce guide facilite également l'instruction de la demande d'aide financière. Il est disponible dans six départements d'Ile-de-France (Paris, la Seine-et-Marne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise), mais n'a pas été nécessairement créé dans le cadre de la CASU. Les aides sociales évoluant rapidement, la question de la mise à jour d'un tel outil se pose dès sa parution. Seuls la Seine-et-Marne, les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise en assurent une mise à jour régulière.

L'attribution des aides financières et la coordination inter-institutionnelle.

Dans le cadre des commissions locales d'action sociale d'urgence.

Sur les quatre départements disposant de commissions locales d'action sociale d'urgence, les acteurs institutionnels présents dans ces commissions sont, en principe, l'Etat, le Conseil Général, les CCAS, la CAF, la CPAM. Les acteurs associatifs participent également à certaines commissions locales. Mais le nombre des partenaires présents tend à se réduire sur l'ensemble des départements. On note une désaffection des partenaires associatifs, de certains CCAS (petites communes) et des partenaires institutionnels, par manque de moyens humains ou limitation budgétaire.

La procédure d'instruction, d'attribution et de notification de l'aide financière est identique sur l'ensemble des départements : instruction de la demande à partir du formulaire unique par le référent ou l'intervenant social, envoi des dossiers aux secrétariats des commissions locales selon le lieu de résidence du demandeur ; après vérification, transmission à chaque partenaire pour recherche de droits potentiels non ouverts et présentation en commission interne, si besoin ; présentation des dossiers en commission locale CASU une semaine ou 15 jours plus tard.

La décision de l'aide et son montant relève de chaque financeur et sont notifiés au travailleur social référent et parfois au demandeur.

Sur aucun des quatre départements, les partenaires n'ont pu s'accorder afin d'envisager une mutualisation des fonds.

✓ L'origine de la demande d'aide financière, profil du demandeur et répartition des financements.

Les raisons de la mobilisation des aides financières sont multiples, mais communes sur les quatre départements :

- des situations de surendettement dues, aussi bien à la précarité chronique des ressources (minima sociaux, temps partiels contraints), qu'à la perte de ressources (suite à des ruptures familiales et/ou professionnelles, à des problèmes de santé), mais également à des difficultés de gestion de budget ;
- des blocages administratifs concernant des organismes, tels que les CAF, les CPAM, les COTOREP, les ASSEDIC et portant sur des ruptures de droits ou des attentes d'ouverture de droits.

Parmi les personnes sollicitant une aide financière, on relève une prédominance de personnes isolées (majoritairement des femmes) avec enfants, puis en moins grand nombre, des couples avec enfants

et des personnes isolées. En grande majorité, ces personnes bénéficient de ressources, principalement de revenus salariaux, d'allocations chômage, de minima sociaux (RMI) et d'allocations familiales.

Les aides financières attribuées en CASU portent sur les aides de subsistance (aide alimentaire), les dettes liées à l'habitat (achat d'appareils ménagers et de mobiliers, assurances habitation, dettes de loyer et d'énergie), le financement de formations professionnelles, les dettes d'impôts, les frais d'obsèques... Quand bien même les Fonds de Solidarité Logement, les fonds d'aide aux impayés d'énergie, d'eau et de téléphone sont mis en place et fonctionnent sur les départements, des aides sont néanmoins attribuées en CASU pour résorber des dettes relevant en principe du champ de compétence de ces différents fonds.

La répartition du financement des aides attribuées en CASU entre les différents partenaires s'établit comme suit, par ordre d'importance : le Conseil Général (Aide Sociale à l'Enfance), la CAF, la CPAM, les CCAS, puis les associations, lorsque celles-ci sont représentées en commissions locales.

✓ Les modalités de la coordination inter-institutionnelle.

Cette coordination s'opère principalement sur l'attribution des aides financières dans le respect des champs et critères d'intervention de chaque partenaire, sur la recherche de droits potentiels et le déblocage de problèmes administratifs. Parfois, des informations plus générales sont transmises aux travailleurs sociaux référents concernant les modalités de fonctionnement des différents dispositifs en œuvre sur le département (Fonds de Solidarité Logement, fonds d'aide aux impayés d'énergie, d'eau, de téléphone, Fonds d'Aide aux Jeunes).

En principe, les fonds d'aide des partenaires siégeant en commissions locales CASU interviennent en subsidiarité de ces autres dispositifs. C'est au « référent » en charge du dossier de solliciter le ou les dispositifs les plus adéquats. Mais dans la pratique, on observe une méconnaissance par de nombreux référents de l'ensemble des dispositifs existants (particulièrement là où il n'existe pas de guide des aides) et, d'autre part, une absence de coordination entre les décisions prises en CASU et celles prises dans les autres commissions relevant des dispositifs spécifiques. Ces difficultés disparaissent lorsque les partenaires se sont accordés afin d'intégrer les différents fonds à la CASU.

Les partenaires siégeant en commissions locales CASU déplorent également un manque crucial de coordination avec les commissions de surendettement.

En l'absence de commissions locales d'action sociale d'urgence.

En Seine-et-Marne, dans le Val-de-Marne, en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine, les commissions locales d'action sociale d'urgence n'ont pas été formellement mises en place. Dans ce cas, pour formuler sa demande d'aide financière, l'usager se présente auprès des organismes généralement repérés comme lieu d'accueil pour ce type de problématique, à savoir, les circonscriptions d'action sociale des Conseils Généraux et les CCAS.

Toute la charge administrative d'instruction de la demande repose sur le travailleur social. C'est à lui de ventiler la demande d'aide aux différents organismes financeurs susceptibles d'intervenir, puis de réceptionner et de coordonner les décisions d'octroi des aides. En l'absence d'une coordination des partenaires financeurs, ces derniers sont peu informés des aides attribuées par ailleurs, ce qui complexifie l'adéquation de l'aide aux réels besoins des personnes. Pour faciliter le travail administratif que suscite une demande d'aide financière, il est important que les professionnels disposent d'outils (imprimé unique de demande d'aide, répertoire des dispositifs d'aide existants sur le département). En complément des outils à leur disposition, les professionnels se créent des réseaux informels de référents au sein de chaque organisme afin d'obtenir plus facilement des informations sur la situation du demandeur et sur la décision d'octroi de l'aide.

✓ Les modalités de la coordination inter-institutionnelle.

Quand bien même les commissions locales d'action sociale d'urgence n'ont pas été mises en place, une coordination inter-institutionnelle s'opère néanmoins. Dans les départements dotés d'un répertoire des dispositifs d'aide, par exemple, la mise à jour régulière de ce guide nécessite de fréquentes

rencontres entre les différents partenaires concernés. Ces réunions se tiennent, certes à l'échelon départemental, mais les informations échangées sont en général répercutées au niveau local.

Peuvent être également organisées des sessions de formation, des réunions thématiques sur des problématiques nécessitant une bonne coordination des partenaires (santé mentale, personnes vulnérables, logement d'urgence, aide alimentaire, aide au départ en vacances...), des réunions de concertation sur les difficultés d'accès aux droits afin de traiter les dysfonctionnements et lourdeurs administratifs, les problèmes de rupture d'hébergement.

L'absence de commissions locales ne facilite pas non plus le lien entre les différents dispositifs d'aides financières sur ces départements. Il y a donc peu de coordination entre le Fonds de Solidarité Logement, le Fonds d'Aide aux Jeunes, les fonds d'aides aux impayés d'énergie, d'eau, de téléphone et les commissions de surendettement.

Conclusions d'une observation généralisée sur l'ensemble des départements franciliens.

Les atouts et les limites des CASU.

Les commissions locales d'action sociale d'urgence permettent aux financeurs une meilleure maîtrise de l'attribution des aides et une meilleure cohérence de l'intervention. Les limites d'un tel dispositif résident dans le refus de mutualisation des fonds.

La création d'outils communs, tels que l'imprimé unique de demande d'aide, facilite la gestion administrative des dossiers. Mais les financeurs jugent que le travail administratif engendré par les commissions locales CASU reste conséquent pour les organismes en charge des secrétariats.

La CASU permet aux travailleurs sociaux d'accomplir un accompagnement social plus cohérent, d'une part du fait d'une réponse rapide à la demande d'aide, et d'autre part, grâce à une adhésion plus facile des personnes en difficulté au projet d'intervention sociale. Mais les travailleurs sociaux jugent parfois le fonctionnement des commissions locales CASU trop lourd. Ils reprochent la masse de pièces justificatives à fournir compte tenu du nombre important de financeurs.

Du point de vue de l'utilisateur, la présence de différents financeurs au sein des commissions locales permet l'échange d'éléments de connaissance et un traitement global de sa situation. Du fait de la simplification administrative de la procédure d'instruction de l'aide (imprimé unique, centralisation des dossiers au niveau des secrétariats des commissions), les délais d'attribution de l'aide restent assez rapides. Mais il est vrai que contrairement à son intitulé, la CASU ne peut traiter véritablement les aides d'urgence. L'instruction des demandes et les procédures de décision, bien que simplifiées, engendrent un minimum de délais qui restent incompressibles. Cette limite nécessite, afin de répondre aux situations d'extrême urgence, la mise en place sur le terrain de coordinations parallèles rassemblant un nombre moins important de financeurs mais traitant les aides dans des délais beaucoup plus courts.

Perspectives de coordination des aides financières dans le cadre de la décentralisation.

Dans le projet de loi présentant les modalités de la prochaine décentralisation, les CASU sont supprimées. La responsabilité d'organiser la coordination des organismes et services attribuant des aides financières revient au département. D'autre part, le projet de loi prévoit le transfert des Fonds de Solidarité Logement aux seuls départements et l'extension de la compétence de ces fonds aux aides pour les impayés d'eau, d'énergie et de téléphone.

Dans ce contexte, quelles seront les nouvelles modalités de la coordination des aides financières sur les territoires ? Comment vont se positionner les différents partenaires participant actuellement aux CASU ? Le but recherché demeure une bonne coordination des aides financières pour une meilleure cohérence de l'aide apportée aux personnes rencontrant de graves difficultés.