

Le non recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) et à l'aide complémentaire santé (ACS).

La réduction des inégalités de santé passe aussi par l'accès de tous à une assurance maladie et en particulier à une complémentaire santé. Avec la création de la Couverture maladie universelle (CMU) en 1999 et de l'Aide complémentaire santé (ACS) en 2004, il s'agissait de réduire des inégalités persistantes d'accès au système de santé et de « *mettre fin à l'une des pires exclusions : l'exclusion des soins [...]* » (1). Actuellement, les organismes sociaux sont tenus de « *gérer attentivement la CMU et de promouvoir l'ACS* » afin de faciliter l'accès aux soins des populations précaires - objectif prioritaire de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie, pour la période 2006/ 2009 -. L'amélioration de l'accès aux droits sociaux et aux soins s'inscrit plus globalement dans une politique nationale de lutte contre l'exclusion et dans la politique européenne pour l'inclusion sociale. Cependant, les dispositifs de la CMU et de l'ACS ne touchent pas encore tous ceux et celles à qui ils sont destinés. Un non recours existe mais aucune mesure précise et systématique du phénomène n'est pour l'instant réalisée. Ce phénomène interroge l'efficacité et l'efficience de ces mesures, et donc le lien entre, d'un côté, les objectifs ou les ressources mis en œuvre et, de l'autre, les effets réellement produits.

Ce texte n'a pas vocation à présenter de manière approfondie le phénomène du non recours en général ni les phénomènes de non recours à la CMU C et à l'ACS en particulier. L'objectif est de proposer une synthèse de l'étude sur le non recours à la CMU C et à l'ACS menée dans le département de l'Isère depuis bientôt deux ans. Bien que cette étude ne soit pas achevée, il semble indispensable de faire un « point d'étape » et de rassembler en un seul document les principaux résultats provenant des divers travaux réalisés jusqu'à présent. Nous arrivons en effet à l'issue d'une première phase de travail qui a englobé la construction d'un outil de quantification et de détection du non recours, l'utilisation de cet outil au sein des bases de données des CPAM et CAF de Grenoble et Vienne afin de quantifier le non recours et d'identifier les personnes sans CMU C ou demande d'ACS, la réalisation d'enquêtes par questionnaires et l'information par publipostage de l'ensemble des populations en situation de non recours à l'un ou l'autre de ces dispositifs.

Cette synthèse ne sera aucunement problématisée : nous commencerons cependant par un rapide retour en arrière pour rappeler les conditions dans lesquelles le partenariat entre organismes sociaux et organismes de recherche a vu le jour, à l'occasion d'un travail pour le Fonds CMU. Nous rappellerons également les caractéristiques principales de ce partenariat et les objectifs de la convention de collaboration scientifique qui fonde le travail sur l'accès à la CMU C et à l'ACS. Nous en arriverons ensuite à un rappel sur l'outil qui a été créé pour quantifier et détecter le non recours : de la manière dont il a été progressivement construit à partir du minima social RMI, aux conditions organisationnelles qui ont rendu possible cette innovation, il s'agira de balayer les enseignements essentiels de deux années de travail partenarial. Nous en viendrons dans un troisième temps aux résultats quantitatifs des traitements informatiques effectués fin 2007 et début 2008 sur le RMI, l'AAH et l'API et aux premières analyses tirées des enquêtes par questionnaires auprès des allocataires du RMI et de l'AAH en non recours à la CMU C ou à l'ACS. Finalement, nous présenterons les perspectives en matière d'information et d'action auprès des allocataires : si nous sommes arrivés aux termes d'une première phase de travail, nous en sommes également aux prémices d'une nouvelle expérimentation visant à expliquer les dispositifs aux populations en situation de non recours par l'implication notamment des travailleurs sociaux. Par ailleurs, les organismes sociaux et autres acteurs importants du département mettent en place des actions innovantes -phoning, prise de rendez-vous...-. Après avoir proposé des pistes pour une réflexion sur la nature de l'information administrative dispensée aux populations précaires, nous ferons le point sur ce qui s'organise progressivement en Isère autour de cette question.

1. De la CMU C, à l'ACS : le non recours, une question préoccupante

A. Premières interrogations du Fonds CMU

Dans son rapport d'activité de 2003, le Fonds de financement de la CMU évoquait déjà la question du non recours et s'intéressait particulièrement à la question du non recours à la CMU C des bénéficiaires du RMI. Il mettait alors en exergue un « décrochage » de droit entre les deux prestations, pourtant connexes¹.

En 2003, si l'on prenait les séries statistiques du RMI et de la CMU C des dernières années, on constatait au niveau national un décrochage important entre les deux prestations. Alors même que l'on aurait pu s'attendre à une évolution quasi-identique des prestations, il était surprenant de constater que les séries statistiques divergeaient fortement.

En 2004 et 2005, alors que le RMI connaissait une croissance exceptionnelle en raison des réformes de procédures d'indemnisation chômage, la CMU C de son côté n'avait pas semblé affectée par ces évolutions et traversait une période de stabilité sur 3 ans consécutifs. Le Fonds CMU a donc supposé que de nombreux bénéficiaires du RMI (sans doute plusieurs dizaines de milliers) n'avaient pas de droit à la CMU C ouvert. Dans son rapport d'activité de 2005, des pistes d'explication avaient été avancées².

B. Les études commanditées par le Fonds

Fin 2005, le Fonds CMU a donc lancé un appel à propositions sur le non recours à la CMU C. En 2006, trois études ont été mises en route :

- Celle de l'Université Paris Dauphine alliant une étude quantitative à partir de données issues de l'enquête santé et protection sociale (IRDES) et un travail qualitatif à partir d'une vingtaine d'entretiens réalisés dans un espace d'insertion.
- L'étude du Département études et recherche de l'Institut Régional du Travail Social de Montrouge/ Neuilly sur Marne menée dans des foyers et résidences sociales – disposant de données ressources concernant leurs résidents – visant à constituer un échantillon de bénéficiaires potentiels afin de les sonder par questionnaires.
- Celle de l'Observatoire Des Non Recours aux droits et services ayant pour but d'étudier quantitativement et qualitativement le non recours à la CMU C des bénéficiaires du RMI dans la circonscription de Grenoble, en travaillant à partir des bases de données de la CPAM de Grenoble et de listings d'allocataires de la CAF.

Nous ne reviendrons pas sur les conclusions issues de ces différents travaux ; ce n'est pas l'objet de ce texte. Il nous semblait simplement utile de rappeler que cette étude menée en 2006 en Isère a été le point de départ du travail partenarial mené actuellement en Isère sur l'accès aux droits CMU C et ACS. Si des chiffres et des pistes d'explication ont été tirés de ce premier travail, les principales conclusions sont cependant ailleurs : l'étude de 2006 a en effet permis de démontrer que le travail partenarial est une condition indispensable du chiffrage et de la détection des situations de non recours à la CMU C. Le ciblage des bénéficiaires potentiels ne peut en effet se faire à partir des seules bases de données des CPAM. En permettant de connaître et de comprendre le fonctionnement des fichiers de gestion courante d'une CPAM et de mettre à jour leurs limites, le travail effectué pour le Fonds CMU

¹ Les bénéficiaires du RMI ont accès de droit à la prestation CMU C, sans qu'il y ait un examen des ressources, sous réserve toutefois d'en faire la demande et de choisir l'organisme complémentaire.

² Rapport d'activité du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2005.

a donc permis d'esquisser des pistes pour penser les échanges d'information principalement avec la CAF nécessaires à la quantification et à l'identification du non recours.

C. La poursuite du travail en Isère : un intérêt pour le non recours à la CMU C et à l'ACS

Fin 2006, sur la base de ce premier travail, il a donc été décidé de prolonger et de renforcer le partenariat isérois autour de l'accès aux droits CMU C mais également ACS. Au niveau local, la CPAM de Grenoble a choisi de continuer à travailler sur ces sujets et de décliner les objectifs de la COG concernant l'accès aux soins dans son CPG. Du côté de la recherche un travail de thèse s'est engagé sur les questions du non recours aux dispositifs de l'assurance maladie et plus largement de la connaissance des publics précaires par les organismes de protections sociale. Dès les premiers travaux, la CAF de Grenoble s'est également imposée comme un partenaire incontournable et pertinent, du fait de sa connaissance des publics précaires et des problématiques d'accès aux droits. Le partenariat s'est également élargi du fait de la prise en compte dans l'étude d'autres minima sociaux –intégration de la CRAM afin de travailler sur les allocations du minimum vieillesse- et d'un nouveau territoire – élaboration d'un dossier de mutualisation entre les deux CPAM de l'Isère pour intégrer la circonscription de Vienne-.

Si le non recours à la CMU C a continué à intéresser les acteurs locaux et nationaux (principalement le Fonds CMU), la question de la difficile montée en charge de l'ACS a rapidement émergé et été présentée comme un problème. Dès le milieu de l'année 2006, le Directeur de la sécurité sociale mais également les représentants des organismes complémentaires se sont mobilisés pour renforcer les actions de communication sur le dispositif de l'ACS et les procédures de ciblage des bénéficiaires potentiels. Le ministère de la Santé a parallèlement présenté ses attentes concernant l'ACS, à savoir de faire monter en charge le dispositif. Dans son appel à propositions d'études pour 2007, le Fonds CMU a introduit la question de la non utilisation des attestations ACS délivrées par les CPAM.

Dans ce contexte global, la convention Iséroise destinée à continuer le travail sur le non recours était en cours d'écriture. L'animation naissante autour du dispositif de l'ACS et la volonté de tenir compte des sujets d'étude proposés par le Fonds CMU a contribué à l'intégration de l'ACS dans l'étude locale. Il a ainsi été décidé d'approfondir le travail sur le non recours à la CMU C des allocataires du RMI et de s'intéresser au non recours à l'ACS des bénéficiaires de l'AAH, de l'API, de l'ASV et de l'ASI, prestations ayant des conditions de ressources proches de celles des dispositifs CMU C et ACS.

Finalement, la convention de collaboration scientifique a impliqué les deux CPAM et CAF de l'Isère, la CRAM Rhône-Alpes et l'ODENORE/ Laboratoire PACTE³. Elle visait à construire une méthode *ad-hoc* de quantification du non recours à la CMU C et à l'ACS au sein des populations allocataires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), de l'Allocation Parent Isolé (API), des Allocations du minimum vieillesse et de l'Allocation Spéciale d'Invalidité (ASI). Le projet consistait dans le rapprochement de fichiers entre les différents organismes sociaux impliqués afin de tester la cohérence des différentes bases de données et la qualité des informations contenues dans les fichiers des CPAM. Parallèlement, il s'agissait de cibler les bénéficiaires potentiels de la CMU C et de l'ACS pour ensuite mettre en lumière les situations de non recours et en améliorer la compréhension. L'objectif final visait la mise en place d'actions d'information et d'explication pour améliorer l'accès à une complémentaire santé des populations précaires.

³ Une convention a également été signée spécifiquement entre la Caisse Primaire et l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble pour permettre la participation à l'étude d'Hélène Revil, doctorante en science politique.

2. Processus de construction de l'outil et conditions méthodologiques de la détection du non recours

Cette partie revient brièvement sur le processus de construction de l'outil à partir de l'exemple du RMI. Nous expliquerons pourquoi il n'est pas possible de cibler les bénéficiaires potentiels de la CMU C et de l'ACS à partir des fichiers de gestion courante des CPAM et dans quelles mesures les rapprochements d'informations entre organismes permettent de dépasser cet obstacle. Si l'échange d'informations est une condition théorique de la quantification et de la détection du non recours, la mise en œuvre concrète de ce type de procédures n'est pas évidente *a priori* dans la mesure où elles modifient les modes de faire traditionnels des institutions. Echanger des données repose sur un dialogue entre institutions mais également entre services et échelons hiérarchiques au sein même des institutions.

A. Le RMI comme « test »

L'outil de mesure et de détection du non recours a été conçu à partir du cas CMU C/ RMI. L'intérêt de cet exemple repose sur le lien existant entre RMI et CMU C, les allocataires du RMI étant en effet admis de plein droit dans le dispositif CMU C. De ce fait, dès la création de la loi CMU, des échanges dématérialisés ont été instaurés entre branche Famille et branche Maladie afin d'améliorer la continuité de gestion de ces droits connexes. Depuis avril 2000, les CAF fournissent mensuellement à la CNAMTS – et à la CANAM – les modifications concernant les dossiers RMI : ces modifications concernent les ouvertures et les fins de droit ou les arrivées et départs d'un membre du foyer allocataire. La caisse nationale se charge de transférer les informations vers les organismes de base, CPAM pour le régime général.

Malgré l'existence de ces échanges, l'étude réalisée en 2006 a montré qu'il n'était pas possible de travailler uniquement à partir des bases de données des caisses primaires d'assurances maladie pour identifier la population éligible à la CMU C. En effet, les informations fournies par les CAF ne sont pas systématiquement traitées par les CPAM et elles servent principalement pour des modifications et des mises à jour de dossiers « au coup par coup ». Parallèlement, les dysfonctionnements informatiques ne peuvent pas être niés et les chaînes de traitement de l'information échangée demeurent souvent obscures.

Ainsi, même en requêtant le régime d'affiliation 806 - *régime de résidence sans cotisation, assuré RMiste* -, il n'est pas possible de détecter l'ensemble de la population allocataire du RMI connue par une CPAM puisque tous les allocataires ne sont pas identifiés par ce code. On trouve également des bénéficiaires du RMI parmi les assurés affiliés au régime 101 (*salariés au régime général non agricole*). En effet, après une période d'activité salariale, il existe des mécanismes de maintien de droits pour les personnes qui entrent dans le dispositif RMI. Par là même, les personnes qui alternent périodes de travail et période d'inactivité, celles qui travaillent dans le cadre de contrats aidés ou de contrats que l'on pourrait qualifier de précaires sont toujours affiliées au régime 101, bien qu'elles soient dans le dispositif RMI. Il en est de même pour les étudiants qui perçoivent le RMI. Ils sont maintenus pour un certain temps au régime 250 (*étudiants en maintien de droits*).

Parallèlement, les informations concernant les fermetures de droit RMI n'étant pas nécessairement prises en compte par les CPAM, certains assurés peuvent continuer à apparaître sous le code 806 alors, qu'après vérification sur Caf Pro, ils ont été radiés ou sont sortis du dispositif. Le service Caf Pro permet en effet la consultation d'informations concernant les allocataires des CAF par des personnes – agents des CPAM, travailleurs sociaux...- n'appartenant pas aux CAF mais habilitées pour utiliser ce service dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. Requêter uniquement le régime 806, sans vérification plus poussée des situations réelles et actualisée, serait donc une impasse qui ne permettrait pas d'avoir une vision globale de la population allocataire du RMI dans une circonscription.

Les sources d'informations des CPAM ne sont donc pas préparées à des exercices tels que la quantification du non recours. Elles n'ont d'ailleurs été conçues ni pour construire des statistiques, ni pour réaliser des « focus » sur telle ou telle population. L'organisation des fichiers étant essentiellement centrée sur le remboursement des assurés, les CPAM gardent la trace de personnes qui ont quitté la caisse ou qui ont changé d'immatriculation, pour payer des décomptes qui arrivent en retard. Parallèlement, les mécanismes de maintien de droits obligent à conserver les dossiers

informatiques de personnes qui sont désormais rattachées à un autre organisme et à laisser ouverts des régimes qui ne correspondent plus à la situation des assurés, notamment par rapport à l'emploi.

La qualité des bases de données ne doit par ailleurs pas être surestimée. Les erreurs et inexactitudes dans les situations des personnes et dans leurs états civils sont fréquentes. On peut évoquer l'exemple de l'actualisation des adresses. L'information des usagers par voie postale se heurte en effet de manière récurrente au problème des NPAI (N'habite pas à l'adresse indiquée). Par exemple, sur un envoi de 2000 courriers par la CPAM, environ 200 d'entre eux, soit 10 %, reviennent à l'expéditeur avec la mention NPAI. Il semble *a priori* que les CPAM ne soient pas toujours les premiers organismes informés des changements d'adresses des usagers. Une comparaison avec les adresses présentes dans Caf Pro révèle de nombreuses divergences concernant les données détenues par chaque organisme social concernant une même personne.

Ces quelques constats démontrent qu'un travail essentiellement centré sur les bases de données des CPAM ne permet pas d'identifier de manière exhaustive la population allocataire du RMI éligible à la CMU C sur un territoire donné. Une étude sur un échantillon d'assurés 806 ou 101 est possible, mais dans l'optique de balayer la situation de tous les allocataires d'une circonscription, la méthodologie à mettre en place passe nécessairement par une demande d'informations auprès des CAF qui possèdent une vue globale et actualisée de la situation des allocataires RMI. Le cas du RMI et de la CMU C ne constitue d'ailleurs pas une exception ; ainsi, lorsque l'on travaille sur le non recours à la CMU C ou à l'ACS des allocataires de l'AAH, de l'API ou des allocations du minimum vieillesse, l'identification de l'ensemble des populations éligibles ne peut se faire qu'à partir d'un recoupement avec des informations détenues par les CAF ou les CRAM.

B. La nécessité pour les organismes sociaux de travailler en partenariat

Dans le cadre des prestations qui nous intéressent, les CAF et les CRAM sont donc des acteurs incontournables, dans la mesure où elles ont la capacité de cibler les populations potentiellement éligibles. Elles produisent ainsi une information utile aux CPAM pour avancer dans le processus incrémental de détection du non recours.

En ce qui concerne le RMI, la procédure à mettre en œuvre par les CAF consiste essentiellement à sélectionner et à extraire des bases de données l'ensemble des bénéficiaires, non suspendus ou suspendus depuis moins d'un mois, et de leur conjoint lorsqu'ils sont à charge au sens du RMI. Les fichiers extraits véhiculent des données précises (Numéro d'inscription au répertoire (NIR) communément appelé Numéro de sécurité sociale, nom, prénom, date de naissance, matricule, etc.) et préalablement sélectionnées comme étant utiles pour le traitement et l'analyse que les CPAM doivent réaliser. Les fichiers sont enregistrés dans un format également prédéfini et facilement exploitable par les deux organismes.

Pour l'AAH, l'API et les allocations du minimum vieillesse, le travail à réaliser par les CAF et les CRAM est plus complexe ; les allocataires de ces minima n'ont en effet pas un accès « automatique » à la CMU C ou à l'ACS, l'ouverture du droit étant conditionnée par un calcul de ressources. Dans ce cadre, déterminer les populations éligibles nécessite de calculer pour chaque allocataire le montant de ses ressources et ce, de la manière la plus fiable possible. Une des limites du calcul provient du fait que les CAF possèdent des informations annualisées tandis que les CPAM tiennent compte des revenus des douze derniers mois glissants pour ouvrir le droit à la CMU C ou à l'ACS. C'est pourquoi, il est nécessaire de recréer des bases ressources spécifiques en effectuant un travail de sélection des éléments à intégrer dans la nouvelle base ressources – prestations, pensions, forfait logement...-. Cette étape est nécessaire afin d'obtenir un calcul le plus proche possible de celui effectué par les CPAM.

Après avoir défini les revenus de chaque allocataire, les montants sont comparés aux plafonds – personnes seules ou ménages- de la CMU C et de l'ACS afin de déterminer l'existence ou non d'un droit à l'un ou l'autre de ces dispositifs. CAF et CRAM transmettent ensuite sur CD-ROM sécurisés des fichiers répertoriant les allocataires potentiellement éligibles à l'ACS ou à la CMU C. Les données fournies concernent l'état civil des personnes, la certification ou non du NIR, mais également des montants de ressources, d'où l'importance de l'autorisation de la CNIL. Les fichiers sont ensuite croisés avec les données extraites des bases de données opérantes des organismes de l'Assurance maladie, selon un protocole spécifique afin d'identifier les situations de non recours.

C. *Un travail « d'artisanat »*
visant à dépasser le cloisonnement des sources informationnelles

La confrontation des fichiers CAF ou CRAM avec ceux issus des bases de données opérantes des CPAM n'est pas évidente *a priori* car les systèmes d'information n'utilisent pas les mêmes langages informatiques, les mêmes codes, les mêmes variables. La modernisation unilatérale a conduit à maintenir le cloisonnement des sources informationnelles mais également des systèmes réglementaires, ce qui rend plus difficile les rapprochements de fichiers et les échanges d'information. La construction d'une méthode de quantification du non recours assise sur le recoupement d'informations oblige donc, avant toute chose, d'échanger des éléments de connaissance, d'une part sur le fonctionnement des bases de données et, d'autre part sur la réglementation propre à chaque organisme. Cette phase « compréhensive » est un préalable indispensable au travail d'invention de l'outil et permet notamment de déterminer précisément les données utiles pour effectuer les traitements. Ces échanges ont par exemple été indispensables pour recréer les bases ressources mobilisant des informations issues des bases de données des CAF ou des CRAM mais devant respecter les règles de calcul des CPAM.

Dans les Caisses primaires, le recoupement des fichiers consiste en un travail d'ajustements pour « mettre en conformité » les fichiers, dépasser les spécificités provenant des différents systèmes et les inexactitudes notamment orthographiques qui engendrent des anomalies au moment des traitements. La création et l'écriture des requêtes et de l'ensemble du protocole informatique nécessite de clarifier les objectifs au préalable et tout au long du processus, de manière à définir précisément avec les techniciens ce que l'on cherche à obtenir. Les techniciens des services informatiques retraduisent les demandes de la maîtrise d'ouvrage en applications concrètes de manière à répondre aux objectifs préalablement définis. Il s'agit ainsi de créer de nouvelles catégories d'information utiles pour effectuer les rapprochements de fichiers et de mobiliser les bases de données des CPAM pour une mission à laquelle elles ne sont pas préparées, ce qui suppose une structuration particulière des fichiers, non préétablie. Dans son ouvrage *L'Accès aux droits sociaux*, P. Warin évoquait « les capacités d'invention » et « l'ingénierie (...) interne capable de retravailler les systèmes d'information existants » (Warin, 2007) des organismes prestataires pour réaliser des travaux tels que la mesure des phénomènes de non recours. Cela entre bien en résonance avec la réalité de terrain à laquelle on se confronte lorsque l'on cherche à créer des outils destinés à mesurer le non recours.

Dans le cadre d'une gestion de flux des individus (de destinataires prioritaires, éligibles à des prestations soumises à des conditions de ressources ou d'activation), l'information utile pour la conduite des politiques change de nature. Elle devient davantage prospective de manière à déterminer les publics éligibles (or tous ne le sont pas), et davantage réactive dans la mesure où l'éligibilité des bénéficiaires est très variable dans le temps. Concernant la CMU C et l'ACS, chaque organisme – CPAM, CAF, CRAM - possède une partie des informations utiles à la mesure du non recours. Il est nécessaire de trouver les modalités techniques pour mettre en commun ces informations. En ce sens, il s'agit de s'interroger sur les capacités des organismes à opérer un changement dans leurs manières de travailler : le changement consiste à dépasser des logiques unilatérales pour valoriser le travail en partenariat qui semble mieux adapté au nouveau mode de fonctionnement des politiques sociales impliquant de multiples acteurs. La mise en route de partenariats suppose cependant une capacité d'observation, d'écoute et de compréhension de la logique de l'autre. La construction de ce type de méthodes assises sur le partage d'informations contraint les organismes à poser un regard réflexif sur des pratiques quotidiennes mais également à s'interroger sur les « modes de faire » d'organismes voisins, ce qui peut aboutir à une simplification ou une réorganisation de procédures informatiques, une valorisation des échanges de données pertinentes et une généralisation de mécanismes dématérialisés pouvant faciliter la continuité des droits.

3. **Résultats des traitements informatiques effectués sur le RMI, l'AAH et l'API : taux de cohérence et de non recours**

A. *Traitements effectués fin 2007 pour le RMI, l'AAH et l'API*

❖ Ciblage des allocataires ayant des ressources donnant lieu à l'ACS ou à la CMU C :

Sur Grenoble et Vienne, 15600 allocataires du RMI ont un NIR certifiés et appartiennent au régime général. L'ensemble de ces allocataires a droit à la CMU C.

En ce qui concerne l'AAH, les ressources ont été calculées pour 10694 allocataires. 44 % d'entre eux ont un niveau de ressources qui peut leur donner droit à l'ACS. 11 % ont un niveau de ressources qui les rend potentiellement éligible à la CMU C. 45 % ne sont pas éligibles à l'une ou à l'autre de ces prestations.

Concernant l'API, les ressources ont été calculées pour 2263 allocataires. En leur sein, 95 % apparaissent potentiellement éligibles à la CMU C et 3 % à l'ACS. 2 % ne sont éligibles à aucun de ces dispositifs.

❖ Rapprochement de fichiers :

RMI/CMU C : le taux de cohérence entre le fichier CAF et le fichier CPAM « BDO » est de 92 %.

AAH, potentiellement éligibles à l'ACS : le taux de cohérence entre le fichier CAF et la base de données opérantes de la CPAM est de 94 %.

AAH, potentiellement éligibles à la CMU C : le taux de cohérence entre le fichier CAF et le fichier CPAM « BDO » est de 96 %.

API, potentiellement éligibles à la CMU C : le taux de cohérence atteint 94 %.

RMI/ CMU C, au sein de la population cohérente, 76 % des allocataires ont la CMU C, 8 % ont une autre complémentaire (hors CMU C). 15 % n'ont pas de complémentaire (ni CMU C, ni autre complémentaire).

AAH/ ACS : au sein de la population cohérente, 73 % des allocataires ont une complémentaire santé (hors CMU C). Parmi eux, 93 % des allocataires n'ont pas fait de demande d'ACS. 27 % des allocataires n'ont pas de complémentaire santé ; en leur sein, 94 % n'ont pas fait de demande d'ACS.

AAH/ CMU C : au sein de la population cohérente, 71 % des allocataires ont la CMU C, 19 % ont une autre complémentaire (hors CMU C). 10 % n'ont pas de complémentaire (ni CMU C, ni autre complémentaire).

API/ CMU C : au sein de la population cohérente, 64 % des allocataires ont la CMU C tandis que 19 % ont une autre complémentaire. 17 % n'ont ni la CMU C ni une autre complémentaire.

B. Traitements effectués en mars 2008 pour l'AAH et l'API

En mars 2008, le protocole méthodologique a été utilisé à nouveau concernant l'AAH et l'API afin d'actualiser les traitements et de lancer l'enquête par questionnaires auprès de ces allocataires. Ce travail a été réalisé uniquement dans la circonscription de Grenoble.

❖ Ciblage des allocataires ayant des ressources donnant lieu à l'ACS ou à la CMU C⁴ :

AAH : les ressources ont été calculées pour ? allocataires. ? % d'entre eux ont un niveau de ressources qui peut leur donner droit à l'ACS. ? % ont un niveau de ressources qui les rend potentiellement éligible à la CMU C. ? % ne sont pas éligibles à l'une ou à l'autre de ces prestations.

API : les ressources ont été calculées pour ? allocataires. En leur sein, ? % apparaissent potentiellement éligibles à la CMU C et ? % à l'ACS. ? % ne sont éligibles à aucun de ces dispositifs.

❖ Rapprochement de fichiers :

AAH, potentiellement éligibles à l'ACS : le taux de cohérence entre le fichier CAF et la base de données opérantes de la CPAM est de 93 %.

AAH, potentiellement éligibles à la CMU C : le taux de cohérence entre le fichier CAF et le fichier CPAM « BDO » est de 93 %.

API, potentiellement éligibles à la CMU C : le taux de cohérence atteint 93 %.

AAH/ ACS, au sein de la population cohérente, 75 % des allocataires ont une complémentaire santé (hors CMU C). Parmi eux, 90 % des allocataires n'ont pas fait de demande d'ACS. 25 % des allocataires n'ont pas de complémentaire santé ; en leur sein, 92 % n'ont pas fait de demande d'ACS.

AAH/ CMU C, au sein de la population cohérente, 69 % des allocataires ont la CMU C, 20 % ont une autre complémentaire (hors CMU C). 11 % n'ont pas de complémentaire (ni CMU C, ni autre complémentaire).

API/ CMU C, au sein de la population cohérente, 62 % des allocataires ont la CMU C tandis que 20 % ont une autre complémentaire. 18 % n'ont ni la CMU C ni une autre complémentaire.

4. Les enquêtes par questionnaires, la possibilité d'améliorer la compréhension des phénomènes de non recours

A. Rappels préalables...

Les traitements informatiques s'ils ont permis de présenter des taux de cohérence et de non recours a également permis d'identifier nominativement les allocataires du RMI, de l'AAH et de l'API en situation de non recours à la CMU ou à l'ACS. Il était donc possible de sortir des listings afin, d'une part, d'effectuer des enquêtes par questionnaires ou par entretiens et d'autre part, de faire un publipostage pour informer l'ensemble des allocataires de leurs droits potentiels en matière de complémentaire santé.

Pour les circonscriptions de Grenoble et de Vienne, il a été possible de détecter :

- Les allocataires du RMI en situation de non recours à la CMU C,

⁴ Le nombre exact d'allocataires AAH et API pour lesquels les ressources ont été calculées n'est pas connu de l'auteur.

- Les allocataires de l'AAH en situation de non recours à la CMU C,
- Les allocataires de l'AAH en situation de non demande de l'ACS,
- Les allocataires de l'AAH qui ont demandé l'ACS, qui ont reçu une attestation et qui ne l'ont pas utilisée,
- Les allocataires de l'API en situation de non recours à la CMU C,
- Les allocataires de l'API en situation de non demande de l'ACS,
- Les allocataires de l'API qui ont demandé l'ACS, qui ont reçu une attestation et qui ne l'ont pas utilisée.

Les volumes importants de certaines populations ont permis de mettre en place des enquêtes par questionnaires. Cela a été le cas pour :

- Les allocataires du RMI en situation de non recours à la CMU C (→ *envoi des questionnaires le 10 décembre 2007*),
- Les allocataires de l'AAH sans complémentaire en situation de non demande de l'ACS (→ *envoi des questionnaires mi janvier 2008*)
- Les allocataires de l'AAH ayant une complémentaire mais n'ayant pas fait de demande d'ACS, (→ *envoi des questionnaires mi-janvier 2008*).

Les personnes enquêtées par questionnaires avaient la possibilité de laisser un numéro de téléphone dans l'optique de réaliser des entretiens téléphoniques plus approfondis.

Les volumes plus faibles de certaines populations ne permettaient pas la réalisation d'enquêtes par questionnaires. Auprès de ces populations, des entretiens qualitatifs seront donc réalisés par les assistantes sociales du Service social de la CRAM Rhône-Alpes :

- Allocataires API sans complémentaire et n'ayant pas fait de demande d'ACS,
- Allocataires API ayant une complémentaire mais n'ayant pas fait de demande d'ACS,
- Allocataires API sans complémentaire, ayant fait une demande d'ACS et ayant reçu une attestation (non utilisation de l'attestation),
- Allocataires AAH sans complémentaire mais ayant fait une demande d'ACS, ayant reçu une attestation (non utilisation de l'attestation).

Un listing de ces allocataires sera fourni au Service social de la CRAM qui se chargera de prendre contact avec eux : un courrier sera à priori envoyé à chacun de ces allocataires pour leur proposer un rendez-vous avec une assistante sociale. Parallèlement, si les coordonnées téléphoniques de ces allocataires peuvent être connues, ils seront contactés par téléphone pour fixer le rendez-vous. Les assistantes sociales s'appuieront ensuite sur des grilles d'entretien construites en interaction entre le Service social CRAM, PACTE/ ODENORE et le service de la CAF « Ré-agir autrement » - service qui réalise un accompagnement auprès de familles monoparentales -.

B. L'Enquête « Allocataires du RMI en situation de non recours à la CMU C »

❖ Profil des allocataires du RMI en situation de non recours :

	CLASSE D'AGE									
Sexe	-25ans	25à29	30à34	35à39	40à44	45à49	50à54	55à59	60et+	Total
H	4	309	250	219	150	97	83	44	32	1188
F	25	152	113	103	97	69	55	42	11	667
Total	29	461	363	322	247	166	138	86	43	1855

❖ Caractéristiques de l'enquête :

Pour les circonscriptions de Grenoble et de Vienne, environ 2180 questionnaires ont été envoyés. Les envois ont été effectués par les Caisses primaires à partir des listings de personnes qui n'avaient pas de complémentaire santé (ni CMU C, ni autre complémentaire).

Allocataires du RMI sans complémentaire (ni CMU C, ni autre complémentaire)			
Envois	NPAI	Retours	Taux de retour
2180	166 (pour Grenoble)	443	20 %

Les dossiers revenus en NPAI à la CPAM de Grenoble ont été fournis à la CAF pour vérification et comparaison des adresses. Sur les 166 dossiers : 14 adresses étaient identiques à la CPAM et à la CAF. Pour 152 dossiers, la CAF possédait une adresse différente de celle présente dans la base de données de la CPAM. Les courriers ont été envoyés avec les nouvelles adresses ; aucun n'est revenu NPAI. La CPAM a actualisé ses bases en utilisant les informations fournies par la CAF.

❖ Principaux résultats statistiques :

Caractéristiques des répondants à l'enquête « allocataires du RMI sans couverture complémentaire »

61 % des répondants sont des hommes. 38 % sont des femmes.
 24 % ont entre 25 et 29 ans. 15 % entre 35 et 39 ans. 15 % entre 40 et 44 ans.
 53 % des répondants sont locataires. 36 % sont hébergés par quelqu'un (amis, famille).
 37 % n'ont pas de diplôme tandis que 27 % ont un BEP, un CAP ou un diplôme équivalent.
 61 % des répondants vivent seuls. 74 % ne travaillent pas actuellement.

Souscription d'une complémentaire santé

58 % des répondants ont déjà souscrit une complémentaire santé dans le passé. 38 % n'en ont jamais eue.

Connaissance de la CMU C

82 % des personnes qui ont répondu à l'enquête connaissent la CMU C. Pour 46 % d'entre eux, c'est une assistante sociale qui leur a parlé de ce dispositif. 22 % ont été informés par la Caisse primaire et 12 % par des relations.
 46 % des personnes informées par la CPAM l'ont été par un courrier. 42 % par un agent d'accueil.
 94 % des personnes qui connaissent la CMU C savent également que c'est une complémentaire gratuite. 94 % sont informées du fait qu'en tant qu'allocataire du RMI ils peuvent en bénéficier. La moitié des répondants a eu ces informations par une assistante sociale.

66 % des personnes qui connaissent la CMU C disent avoir eu des explications précises sur les démarches à mettre en œuvre pour avoir la CMU C. 30 % disent ne pas avoir eu d'explications précises.

53 % des répondants qui connaissent la CMU C savent qu'elle peut être gérée par la CPAM ou par un OC. 43 % ne savent pas qu'ils doivent choisir un organisme gestionnaire.

Souscription de la CMU C

65 % des répondants ont déjà eu la CMU C dans le passé. 32 % ne l'ont jamais eue.

Parmi les personnes qui ont déjà demandé la CMU C dans le passé, 69 % ont trouvé que les démarches pour l'avoir n'étaient pas compliquées. 28 % ont au contraire trouvé ces démarches compliquées. 66 % des personnes qui ont déjà eu la CMU C avaient été aidées par un agent de la CPAM pour remplir le formulaire de choix d'un organisme gestionnaire. 31 % n'avaient pas reçu cette aide.

Non renouvellement

50 % des répondants qui ont déjà eu la CMU C ne l'ont pas renouvelée car ils pensaient que le renouvellement était automatique.

11 % ne savaient pas à quel moment ils devaient effectuer le renouvellement.

7 % disent ne pas avoir repris la CMU C car ils ont rencontré des réticences de la part des médecins lorsqu'ils en bénéficiaient.

Contacts avec un travailleur social

92 % des répondants ont déjà rencontré une assistante sociale. Parmi eux, 50 % ont eu entre 2 et 5 rendez-vous au cours des douze derniers mois. 21 % ont eu au moins 1 rendez-vous. 17 % en ont eu plus de 5.

9 % n'ont pas rencontré d'assistante sociale au cours des douze derniers mois.

Pour 53 % des répondants qui ont déjà rencontré une assistante sociale le thème principal abordé lors des entretiens est l'emploi. Pour 16 %, le thème principal est la demande d'aide financière, pour 11 % c'est le logement et pour 11 % c'est la santé.

Connaissance et signature d'un contrat d'insertion

86 % des répondants connaissent le contrat d'insertion. 10 % n'en ont jamais entendu parler.

81 % des personnes qui connaissent le CI en ont déjà signé un. 18 % n'en ont jamais signé.

Parmi ceux qui ont déjà contractualisé, pour 78 % le thème principal abordé dans le CI était l'emploi. Pour 11 % c'était la santé et l'accès aux soins.

57 % des personnes qui ont déjà eu recours au CI ont le sentiment que cela n'a pas permis d'améliorer leur situation. 37 % ont le sentiment que leur situation s'est améliorée suite à la contractualisation.

27 % des personnes qui n'ont jamais signé de CI disent que c'est parce qu'ils n'ont jamais eu d'informations précises concernant ce droit.

15 % disent qu'ils n'ont jamais contractualisé parce qu'ils ne veulent pas faire un stage ou participer à un atelier d'insertion mais qu'ils cherchent un « vrai » emploi.

15 % disent qu'ils veulent sortir au plus vite du RMI, 15 % qu'ils préfèrent se débrouiller seul pour retrouver un emploi.

Recours, renoncements, besoins et pratiques en matière de soins

50 % des répondants disent ne pas avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. 45 % y ont renoncé, parmi eux 86 % invoquent des raisons financières.

72 % des personnes qui ont répondu disent avoir besoin de soins spécialisés notamment dentaires et optiques.

57 % des répondants disent repousser le moment de se faire soigner lorsqu'ils sont malades.

En cas de problèmes de santé, 81 % des répondants se rendent de préférence chez leur médecin généraliste.

88 % des répondants savent qu'il faut déclarer un médecin traitant pour être mieux remboursé par la Sécurité sociale. 8 % ne la savent pas.

71 % déclarent avoir choisi leur médecin traitant tandis que 24 % disent ne pas en avoir choisi un.

Premières analyses croisées

(La significativité est analysée grâce au test du Chi 2. On examine ainsi s'il y a une sur-représentation ou une sous-représentation de certains couples de modalités dans la relation entre 2 variables)

	Souscription compl. dans le passé	Souscription compl. dans le présent	Connaissance CMU C	Souscription CMU C dans le passé	Renoncement soins	Besoin soins spécialisés	Déclaration médecin traitant
Genre	X (1)	X (2)					X (3)
Age		X (4)		X (5)			
Situation familiale	X (6)			X (7)			
Diplômes	X (8)	X (9)	X (10)				
CSP	X (11)						
Connaissance choix organisme gestionnaire				X (12)			
Connaissance contrat d'insertion			X (13)				
Connaissance lien RMI/ CMU C				X (14)			
Durée de perception RMI				X (15)			
Contacts avec une assistante sociale			X (16)				
Avoir une compl.						X (17)	
Ne pas avoir de compl.					X (18)		

(1) Les femmes qui ont répondu à l'enquête sont plus nombreuses à avoir souscrit une complémentaire dans le passé que les hommes.

(2) Actuellement, les femmes sont plus nombreuses à avoir une complémentaire que les hommes.

- (3) *Les répondants hommes sont moins nombreux à avoir déclaré leur médecin traitant que les femmes.*
- (4) *Actuellement, les répondants qui ont entre 25 et 29 ans sont plus nombreux à avoir une complémentaire que les répondants des autres catégories d'âge.
Les répondants qui ont entre 45 et 49 ans sont moins nombreux à posséder une complémentaire.*
- (5) *Les plus jeunes répondants (25/ 29 ans) sont moins nombreux à avoir souscrit la CMU C dans le passé que les répondants des autres catégories d'âge.*
- (6) *Dans le passé, les personnes en couples ont été plus nombreuses à souscrire une complémentaire.
Dans le passé, les personnes seules ont moins souscrit de complémentaire.*
- (7) *Les répondants vivant seuls avec des enfants ont davantage souscrit la CMU C dans le passé que les répondants se trouvant dans un autre schéma familial.*
- (8) *Les répondants sans diplôme ont moins souscrit de complémentaire dans le passé.*
- (9) *Actuellement, les personnes qui ont une complémentaire sont plutôt celles qui ont un Bac + 2 ou un diplôme supérieur à Bac + 2.*
- (10) *Toutes les répondants qui ont un diplôme supérieur à Bac + 2 connaissent la CMU C.*
- (11) *Dans le passé, les ouvriers non qualifiés ont moins souscrit de complémentaire que les personnes des autres CSP.*
- (12) *Les personnes qui ont connaissance de ce choix ont davantage souscrit la CMU C dans le passé.*
- (13) *Les personnes qui ne connaissent pas la CMU C sont dans la plupart des cas celles qui ne connaissent pas le contrat d'insertion.*
- (14) *Les personnes qui connaissent le lien entre RMI et CMU C ont davantage souscrit la CMU C dans le passé.*
- (15) *Les personnes qui sont au RMI depuis moins d'un an ont moins souvent souscrit la CMU C dans le passé.*
- (16) *Les personnes qui n'ont jamais rencontré d'AS connaissent moins la CMU C.*
- (17) *Les personnes qui ont une complémentaire ont moins besoin de soins spécialisés.*
- (18) *Les personnes qui n'ont pas de complémentaire actuellement renoncent plus à des soins que ceux qui ont une complémentaire.*

C. Les enquêtes « allocataires de l'AAH en situation de non recours à l'ACS »

❖ Caractéristiques des enquêtes :

Sur Grenoble⁵, deux enquêtes ont été réalisées auprès des allocataires de l'AAH. La première visait les allocataires de l'AAH ayant une complémentaire santé mais n'ayant pas demandé d'ACS, soit 2546 personnes. La seconde avait pour cible les allocataires de l'AAH n'ayant pas de complémentaire santé et n'ayant pas demandé l'ACS, soit 876 personnes.

Allocataires de l'AAH avec complémentaire/ sans demande d'ACS			Allocataires de l'AAH sans complémentaire/ sans demande d'ACS		
Envois	Retours	Taux de retour	Envois	Retours	Taux de retour
2546	510	20 %	876	166	19 %

❖ Principaux résultats statistiques pour les allocataires de l'AAH avec complémentaire/ sans demande d'ACS :

Caractéristiques des répondants

50 % des répondants sont des femmes. 49 % sont des hommes.
 17 % ont entre 40 et 44 ans. 16 % entre 50 et 54 ans. 14 % entre 55 et 59 ans. 14 % entre 35 et 39 ans. 12 % entre 45 et 49 ans.
 39 % des répondants sont locataires. 35 % sont hébergés par quelqu'un (amis, famille). 17 % vivent en foyer ou dans une institution de soins spécialisés.
 59 % n'ont pas de diplôme tandis que 14 % ont un BEP, un CAP ou un diplôme équivalent.
 83 % des répondants vivent seuls. 96 % ne travaillent pas actuellement.
 60 % des répondants perçoivent l'AAH depuis plus de 10 ans. 18 % depuis 5 à 10 ans. 10 % depuis 1 à 3 ans.
 57 % ne sont pas sous tutelle ou curatelle. 40 % le sont.

Mobilité/ Déplacements

68 % des répondants n'ont pas le permis de conduire. 64 % n'ont pas la possibilité de se déplacer facilement et 84 % ne disposent pas d'un moyen de transport personnel.

Connaissance de l'ACS

76 % des personnes qui ont répondu à l'enquête ne connaissent pas l'ACS. 23 % connaissent ce dispositif. Parmi elles, 43 % ont été informées par la Caisse primaire, principalement au moment de l'envoi du questionnaire et du courrier expliquant leur droit potentiel, 15 % ont eu l'information par des relations et 12 % par une assistante sociale.
 61 % des répondants ne savent pas que l'ACS permet de prendre en charge une partie du coût de la complémentaire. 32 % le savent (il faut cependant noter que la plupart de ces personnes précisent qu'elles ont appris l'utilité de l'ACS lorsqu'elles ont reçu le courrier de la CPAM accompagnant le questionnaire).
 58 % des répondants ne savent pas que la demande d'ACS se fait auprès de la CPAM. 36 % le savent.

Souscription de l'ACS

⁵ L'enquête auprès des allocataires du RMI a concerné les circonscriptions de Grenoble et Vienne. Les enquêtes auprès des allocataires AAH ont concerné uniquement la circonscription grenobloise.

86 % des répondants n'ont jamais demandé l'ACS dans le passé. Parmi eux, 63 % disent ne pas l'avoir demandée car ils manquent d'information sur ce dispositif et sur les démarches à mettre en œuvre pour obtenir cette aide. 18 % ne donnent pas de raison particulière pour expliquer cette non demande. 6 % se disent suffisamment informés sur cette aide mais pensent qu'elle ne suffirait pas pour payer une complémentaire.

Contacts avec un travailleur social

60 % des répondants ont déjà rencontré une assistante sociale. Parmi eux, 34 % ont eu entre 2 et 5 rendez-vous au cours des douze derniers mois. 28 % ont eu au moins 1 rendez-vous. 24 % n'ont pas rencontré d'assistante sociale au cours des douze derniers mois.

Pour 37 % des répondants qui ont déjà rencontré une assistante sociale le thème principal abordé lors des entretiens est la demande d'aide financière. Pour 21 %, le thème de la santé est prioritairement abordé.

Recours, renoncements, besoins et pratiques en matière de soins

87 % des répondants ont eu recours à un médecin au cours des douze derniers mois.

Pour leurs soins, 72 % des répondants se rendent de préférence chez leur médecin généraliste, 10 % dans une institution de santé spécialisée.

27 % des répondants disent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Parmi eux, 86 % invoquent des raisons financières.

61 % des personnes qui ont répondu disent avoir besoin de soins spécialisés notamment dentaires et optiques.

90 % des répondants savent qu'il faut déclarer un médecin traitant pour être mieux remboursé par la Sécurité sociale.

87 % déclarent avoir choisi leur médecin traitant.

❖ Principaux résultats pour les allocataires de l'AAH sans complémentaire/ sans demande d'ACS :

Caractéristiques des répondants

61 % des répondants sont des hommes. 37 % sont des femmes.

19 % ont entre 40 et 44 ans. 15 % entre 35 et 39 ans. 11 % entre 25 et 29 ans.

42 % des répondants sont locataires. 40 % sont hébergés par quelqu'un (amis, famille). 10 % vivent en foyer ou dans une institution de soins spécialisés.

52 % n'ont pas de diplôme tandis que 15 % ont un BEP, un CAP ou un diplôme équivalent.

84 % des répondants vivent seuls. 92 % ne travaillent pas actuellement.

40 % des répondants perçoivent l'AAH depuis plus de 10 ans. 25 % depuis 5 à 10 ans. 14 % depuis 3 à 5 ans. 13 % depuis 1 à 3 ans.

27 % ne sont pas sous tutelle ou curatelle. 61 % le sont.

Mobilité/ Déplacements

61 % des répondants n'ont pas le permis de conduire. 57 % n'ont pas la possibilité de se déplacer facilement et 81 % ne disposent pas d'un moyen de transport personnel.

Souscription d'une complémentaire santé

57 % des répondants ont déjà eu une complémentaire santé. 40 % n'en ont jamais eue.

Parmi les personnes qui ont déjà eu une complémentaire dans le passé, 46 % ne répondent pas à la question « pourquoi ne l'avez-vous pas renouvelé », tandis que 36 % disent ne pas avoir renouvelé leur complémentaire car ils n'avaient plus les moyens financiers de payer la cotisation.

Parmi les personnes qui n'ont jamais eu de complémentaire, 52 % disent ne pas avoir les moyens financiers pour en payer une. 12 % répondent qu'ils sont remboursés à 100 % par la Sécurité sociale et que c'est suffisant. 10 % disent ne pas savoir où s'adresser pour prendre une complémentaire.

Connaissance de l'ACS

71 % des personnes qui ont répondu à l'enquête ne connaissent pas l'ACS. 25 % connaissent ce dispositif. Parmi elles, 31 % ont été informées par la Caisse primaire, principalement au moment de l'envoi du questionnaire et du courrier expliquant leur droit potentiel, 24 % par une assistante sociale tandis que 17 % ne précisent pas comment ils ont eu connaissance de cette aide.

59 % des répondants ne savent pas que l'ACS permet de prendre en charge une partie du coût de la complémentaire. 27 % le savent (il faut cependant noter que la plupart de ces personnes précisent qu'elles ont appris l'utilité de l'ACS lorsqu'elles ont reçu le courrier de la CPAM accompagnant le questionnaire).

59 % des répondants ne savent pas que la demande d'ACS se fait auprès de la CPAM. 28 % le savent.

Souscription de l'ACS

81 % des répondants n'ont jamais demandé l'ACS dans le passé. Parmi eux, 66 % disent ne pas l'avoir demandée car ils manquent d'information sur ce dispositif et sur les démarches à mettre en œuvre pour obtenir cette aide. 12 % ne donnent pas de raison particulière pour expliquer cette non demande. 7 % se disent suffisamment informés sur cette aide mais pensent que le niveau de leurs ressources ne leur permettrait pas d'en bénéficier, 4 % pensent qu'elle ne suffirait pas pour payer une complémentaire.

Contacts avec un travailleur social

58 % des répondants ont déjà rencontré une assistante sociale. Parmi eux, 48 % ont eu entre 2 et 5 rendez-vous au cours des douze derniers mois. 23 % ont eu au moins 1 rendez-vous. 12 % n'ont pas rencontré d'assistante sociale au cours des douze derniers mois.

Pour 29 % des répondants qui ont déjà rencontré une assistante sociale le thème principal abordé lors des entretiens est la santé. Pour 21 %, le thème « aides financières » est prioritairement abordé. Pour 16 %, c'est le logement qui constitue la principale thématique des rencontres.

Recours, renoncements, besoins et pratiques en matière de soins

89 % des répondants ont eu recours à un médecin au cours des douze derniers mois.

Pour leurs soins, 73 % des répondants se rendent de préférence chez leur médecin généraliste, 11 % dans une institution de santé spécialisée.

27 % des répondants disent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Parmi eux, 91 % invoquent des raisons financières.

63 % des personnes qui ont répondu disent avoir besoin de soins spécialisés notamment dentaires et optiques.

87 % des répondants savent qu'il faut déclarer un médecin traitant pour être mieux remboursé par la Sécurité sociale.

85 % déclarent avoir choisi leur médecin traitant.

5. Quelles modalités d'information mettre en œuvre auprès des personnes en situation de non recours ?

A. L'information par courrier : impact et limites ?

Nous venons de voir que, suite à la phase de détection, certaines populations ont été sondées par questionnaires. Les enquêtes étaient accompagnées d'un courrier explicitant aux personnes la démarche d'étude et les informant de leur droit potentiel en matière de CMU C ou d'ACS. Dans chaque courrier, un formulaire de demande de CMU C/ ACS avait été joint. Les allocataires non enquêtés ont quant à eux reçu un courrier les informant de leur droit accompagné d'un formulaire de demande.

Depuis la réforme de 2004, la CPAM travaille en permanence sur l'application du dispositif du médecin traitant et sur l'amélioration du parcours clients. Dans ce cadre, une requête permettant de détecter les personnes sans médecin traitant a été ajoutée à l'outil d'identification du non recours. Un formulaire de déclaration de médecin traitant a été ajouté au courrier d'information CMU C/ ACS lorsque cela était nécessaire.

La CPAM a donc, dans un premier temps, fait le choix de lancer une information écrite traditionnelle à destination de l'ensemble des allocataires en situation de non recours. L'objectif était d'inciter les personnes concernées à envoyer leur demande de CMU C/ ACS ou à venir se renseigner dans leur centre de paiement habituel. L'impact de ce type d'information est finalement assez difficile à appréhender. Il s'agira désormais de chiffrer approximativement le nombre d'allocataires qui ont enclenché une démarche pour demander la CMU C ou l'ACS à la suite de la réception du courrier. Parallèlement, il serait intéressant de caractériser ces allocataires : l'hypothèse qui peut être faite est que les personnes qui répondent à une sollicitation écrite de type administratif sont celles qui sont en « capacité » de lire le courrier, de le comprendre et de donner suite.

Un envoi massif de courriers par un organisme engage nécessairement des coûts importants – financiers et humains- au-delà des coûts globaux d'affranchissements. Si la préparation de l'envoi demande un investissement humain notamment au sein des services de courrier et de reprographie, la réception des demandes CMU C et ACS sollicite le service qui a en charge l'instruction. L'estimation de l'ensemble de ces coûts permettrait de mettre en regard l'investissement de la CPAM et les effets de cette action.

❖ Retour des demandes CMU C :

(Les chiffres n'ont pas été communiqués au Comité de pilotage)

❖ Retour des demandes ACS :

Le service CMU déclare avoir reçu davantage de demande d'ACS suite à l'envoi de l'information aux bénéficiaires potentiels. La CPAM de Grenoble estime à 900 le nombre de demandes ayant fait suite aux courriers. Ce qui porte le taux de réponse à 26 %.

Parmi ces demandes, environ un tiers a été acceptée et a donc donné lieu à une ouverture de droit ACS, un tiers nécessite une demande de renseignements complémentaires et un tiers a été refusé (notamment parce qu'il y avait une autre personne avec des revenus au sein du foyer). Concernant les refus, il serait intéressant de les ventiler par motifs ; si les refus sont majoritairement justifiés par le fait que les allocataires ont des ressources supérieures aux plafonds de l'ACS, il pourrait être pertinent de retravailler le calcul de ressources réalisé dans les CAF. Celui-ci comporte nécessairement des limites et des inexactitudes (prise en compte des ressources annualisés de 2006, application d'un forfait logement...) ; il s'agit désormais de s'interroger sur l'ampleur des inexactitudes.

B. Le développement d'actions nouvelles en matière d'information administrative

Avoir une idée précise de l'impact de cette campagne d'information par courriers alimenterait la réflexion sur l'information administrative et sur les modalités d'information à mettre en œuvre auprès de populations en situation de précarité. Des questions portant sur la nature de l'information, et plus

largement sur l'accompagnement vers les droits des personnes précaires émergent tant dans les instances gouvernementales, dans le domaine du travail social que dans les milieux associatifs. Le rapport du Médiateur de la République de 2006⁶ relatait que « *près de la moitié des demandes et plaintes [qui lui sont adressées] portent sur un besoin d'information* ». Selon la Médiature, « *bien souvent, explication vaut résolution du problème* ». De la même manière, les travailleurs sociaux et militants associatifs constatent de plus en plus souvent que la méconnaissance des droits et des modalités d'accès sont à l'origine de situations de non recours. Les critiques portant sur l'information administrative et notamment sur l'information produite par écrit, ne sont pas nouvelles.

Le constat de l'ODENORE est que l'information des bénéficiaires potentiels par simple courrier a des effets limités⁷. D'une façon générale, les résultats de ce type d'actions sont plutôt décevants par rapport aux moyens investis. L'amélioration de l'accès à des dispositifs complexes ne peut être se suffire d'une information de masse. Les connaissances acquises sur les publics précaires montrent en effet que l'information administrative destinée à agir sur les comportements nécessite d'être expliquée aux individus.

L'article 1^{er} de la loi du 29 juillet 1998 souligne d'ailleurs que « *les organismes de Sécurité sociale doivent prendre les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits notamment par un accompagnement personnalisé* ». Le chapitre 2-point 2.3.2 de la COG évoque le nécessaire développement « *des offres de services attentionnés prenant en compte les situations de fragilité administrative, sociale ou médicale et l'objectif d'information et d'orientation au titre du parcours de soins, en particulier pour les populations les plus éloignées du système de santé* ».

Dans ce cadre, la CPAM a décidé de diversifier ses actions d'information et de tester, dans deux de ses centres de paiement urbains, des méthodes telles que la prise de rendez-vous ou le phoning. Jusqu'à aujourd'hui, pour toute personne venant se renseigner sur l'ACS et la CMU C à la CPAM, le pré-accueil des centres était chargé de donner un dossier d'ouverture de droit. Désormais chaque personne qui demande des renseignements sur ces dispositifs passera par l'accueil. L'agent qui recevra la personne pourra donc lui consacrer 10 à 15 minutes pour commencer à l'informer de manière plus complète sur les modalités de mise en œuvre du droit. Par ailleurs, un rendez-vous sera obligatoirement proposé au demandeur pour l'aider à remplir le dossier. Les rendez-vous seront en priorité fixés pendant les périodes « creuses » des centres. Dans les faits, chaque agent d'accueil aura une matinée consacrée spécifiquement à la CMU C et à l'ACS. Parallèlement, les agents d'accueils contacteront par téléphone chaque personne la veille de son rendez vous afin de s'assurer de sa présence le lendemain. L'expérience de caisses ayant testé la prise de rendez-vous démontre que cette pratique fonctionne uniquement si l'on rappelle les personnes pour confirmer la rencontre.

Dans le cadre des programmes d'action du service social de la CRAM, des actions collectives "Parcours Prévention Santé" sont progressivement initiées auprès de bénéficiaires CMU C / ACS en lien avec le Conseil Général et la CPAM, de bénéficiaires du RMI ayant un contrat d'insertion avec une thématique santé et de bénéficiaires CMU C, allocataires du RMI ou demandeurs d'emploi ayant eu accès au Centre d'Examen de Santé, de résidents d'un foyer ADOMA relevant de l'ACS.

C. Le lancement d'une seconde phase d'expérimentation : informer ou expliquer ?

Le second volet de l'étude sur l'accès à la CMU C et à l'ACS visera à expérimenter et à évaluer trois actions d'information en direction des populations identifiées en situation de non recours à la CMU-C ou à l'ACS. Il s'agira de répondre à la question suivante : *quelle est la meilleure action d'explication que les organismes sociaux doivent mener en direction des bénéficiaires de minima sociaux pour que ceux-ci accèdent à la CMU C ou à l'ACS ?*

La méthode d'expérimentation reposera sur la constitution de « groupes témoins » qui feront l'objet d'actions d'information spécifiques -contact direct avec un travailleur social, organisation d'un focus groupe mettant en relation des bénéficiaires potentiels, des travailleurs sociaux et des agents des organismes sociaux-. Le but sera d'identifier les relations entre les ressources (matérielles, immatérielles) investies dans les actions d'information et les effets obtenus en termes d'*outcomes*,

⁶ Rapport annuel du Médiateur de la République, 2006, 84 pages, www.mediateur-republique.fr

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.

Dans le cadre de l'expérimentation, les trois actions d'information sont considérées comme des modalités d'accès à des *réalisations (functionings)*, c'est-à-dire des  tats que les individus peuvent atteindre. Elles ne garantissent pas l'atteinte d'un niveau d'accès à la santé et *a fortiori* encore moins à un niveau santé, mais seulement d'assurer la possibilité effective ou l'opportunité réelle d'y accéder. En ce sens, ces actions d'information produisent un « bien primaire », connaître son droit, condition indispensable pour la mise en œuvre de tout plan de vie.

La mise en œuvre de ce volet de l'étude reposera sur des traitements informatiques actualis es. Une partie des personnes en situation de non recours pourra ainsi être contactée pour planifier un rendez-vous avec un travailleur social de la CRAM. Les premières rencontres entre les bénéficiaires et les travailleurs sociaux débuteront dès le mois de septembre 2008. La constitution du focus groupe -en ce qui concerne les bénéficiaires potentiels- s'appuiera sur les résultats des traitements informatiques. Parall ement, un ou deux travailleurs sociaux de la CRAM, de la CAF et du Conseil Général int egreront le groupe. La présence de la responsable du service CMU de la CPAM de Grenoble est également souhaitée.