



01 AVRIL 2016

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

NATHALIE BLANCHET – HELENA REVIL  
ODENORE





## Table des matières

Introduction :	3
A. Objectifs de l'étude :	3
B. Méthodologie d'enquête :	4
I. Des difficultés d'utilisation :	7
A. Le choix d'un organisme complémentaire :	7
a) <b>Utilisation de la liste :</b>	8
b) <b>Le poids du bouche à oreille :</b>	9
c) <b>Des recherches sur internet :</b>	10
d) <b>Les orientations réalisées par la CPAM :</b>	11
B. La souscription d'un contrat labellisé :	14
Conclusion :	16
2- Des formes de désintérêt :	19
A. Des interrogations quant à l'utilité de l'aide et parfois d'une couverture complémentaire :	19
B. Un défaut d'information, des représentations erronées :	21
C. Le choix contraint :	23
D. Le point de vue particulier des sortants CMUC :	25
Conclusion :	28
Conclusion et Pistes pour l'action :	29
Annexe :	34

# Introduction :

## *A. Objectifs de l'étude :*

La réforme du 1er juillet 2015 de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) a mis en place un système de contrats labellisés, sélectionnés à l'issue d'une mise en concurrence, qui sont désormais les seuls éligibles à cette aide. Il s'agissait là de simplifier le choix des bénéficiaires et d'améliorer le « rapport qualité-prix » de leurs contrats de complémentaire santé.

Cette réforme a également élargi les avantages ou droits attachés à l'ACS : l'aide financière s'accompagne dorénavant du bénéfice d'un tiers-payant intégral et de la suppression des participations forfaitaires et franchises médicales.

A cette occasion, un site internet spécifiquement dédié à l'ACS a été développé, un dépliant d'informations et une liste des organismes habilités à proposer des contrats labellisés ont été édités. L'objectif est d'améliorer la lisibilité de l'ACS et d'aider les bénéficiaires à s'en emparer.

Notre étude vise à apprécier l'impact de cette réforme sur l'utilisation de l'ACS, la compréhension du dispositif par ses bénéficiaires et l'aide apportée par les outils

d'information développés à cette occasion. Les modalités d'accès et de mise en place de cette aide induisent-elles des situations de non-recours<sup>1</sup> ? De quel type ? Les outils d'information sont-ils utilisés ? Permettent-ils aux assurés de « s'emparer » et d'utiliser cette aide pour obtenir ou améliorer leur complémentaire santé ?

## B. Méthodologie d'enquête :

26 entretiens qualitatifs ont été réalisés entre le 10 décembre 2015 et le 18 février 2016. Ils visaient à recueillir des informations précises quant aux démarches réalisées par les assurés, depuis le dépôt de leur dossier de demande d'ACS jusqu'à la mise en œuvre du nouveau contrat labellisé, ainsi que leur opinion sur ce processus.

28 assurés ont été invités à prendre part à cette enquête. 26 seulement se sont finalement déplacés. Les entretiens se sont déroulés en face à face, au sein de la CPAM du Gard, à Nîmes. Deux d'entre eux se sont déroulés par téléphone, les assurés ne pouvant se déplacer.

Les rendez-vous ont été fixés par un agent de la CPAM. Celui-ci établissait donc le premier contact avec les assurés. Le recrutement des assurés n'a pas été facile. Pour les convaincre de se déplacer jusqu'à la CPAM et de prendre du temps pour répondre à nos questions, l'agent a, dans la moitié des cas, annoncé qu'une carte cadeau de 50€ leur serait distribuée. Cela nous a permis de rencontrer des assurés aux profils variés et de réaliser cette enquête dans des délais rapides. Mais cela constitue également, potentiellement, une source de biais pour les résultats de notre enquête. En effet, les réponses apportées par les assurés rencontrés peuvent avoir été influencées par la perspective de ce dédommagement.

---

<sup>1</sup> « Le non-recours renvoie à toute personne qui, en tout état de cause, ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre. », in P. Warin, Le non-recours, définition et typologies, 2010, *Working Paper*, Odenore, Grenoble, juin 2010.

### c. Description de l'échantillon de l'enquête :

Répartition par situation familiale	Seul	Seul avec un ou plusieurs enfants	En couple	En couple avec un ou plusieurs enfants
<b>Situation familiale des enquêtés</b>	13	6	4	3

Dans le cadre de cette enquête, nous avons rencontré 14 femmes et 12 hommes. Le plus jeune a 24 ans et le plus âgé, 83 ans. La moitié d'entre eux vit seule.

5

Répartition par âge	21 – 30 ans	31 – 40 ans	41 – 50 ans	51 – 60 ans	61 – 70 ans	71 – 80 ans	81 – 90 ans
<b>Nombre d'enquêtés</b>	1	6	4	7	6	1	1

Tous les assurés rencontrés se sont vus notifier le bénéfice d'une ACS en septembre ou en octobre 2015, par la CPAM du Gard. Les assurés rencontrés ont été sélectionnés en fonction de 6 profils types. Ces profils ont été définis en rapprochant leur situation antérieure (bénéficiaire de l'ACS ou non) et leur situation actuelle (sans contrat complémentaire, avec contrat labellisé, avec contrat non labellisé). Les profils

retenus sont les suivants : primo-demandeur sans contrat ; primo demandeur avec un contrat labellisé ; primo-demandeur avec un contrat non labellisé ; assuré en renouvellement sans contrat ; assuré en renouvellement avec un contrat labellisé ; assuré en renouvellement avec un contrat non labellisé. 6 guides d'entretien ont donc été rédigés. Mais les premiers entretiens ont rapidement montré que la situation des primo-demandeurs « sortants CMUC » était très différente de celle des autres primo-demandeurs. Les démarches à accomplir ne sont pas les mêmes. Nous avons donc finalement distingué 9 profils dans l'analyse.

Les entretiens se répartissent comme suit :

<b>Profil des enquêtés</b>	<b>Sans contrat</b>	<b>Avec contrat labellisé</b>	<b>Avec contrat non labellisé</b>
<i>Primo-demandeur</i>	0	6	2
<i>Primo-demandeur sortants CMUC</i>	3	5	1
<i>Renouvellement ACS</i>	1	7	1

6

Au moment où les entretiens ont été réalisés, 18 des 26 assurés rencontrés, avaient souscrit un contrat labellisé. 4 assurés n'avaient pas encore terminé leurs démarches (entretiens 12, 18, 24 et 26). 4 autres n'ont pas utilisé leur chèque et ne sont pas en lien avec un organisme complémentaire pour le faire (entretiens 2, 5, 9 et 17)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Afin de faciliter la lecture de ce rapport, un tableau est placé en annexe, le numéro d'entretien et la situation de chaque enquêté.

# I. Des difficultés d'utilisation :

Les assurés peuvent rencontrer un certain nombre de difficultés pour utiliser leur chèque ACS et souscrire un contrat labellisé. Ces difficultés peuvent conduire à des cas de non-réception<sup>3</sup>, c'est-à-dire des situations dans lesquelles l'assuré ne parvient pas à utiliser l'ACS. Dans tous les cas, ces difficultés viennent entacher l'effectivité de l'aide. Nous présenterons tout d'abord la façon dont les assurés choisissent un organisme complémentaire, les obstacles qu'ils doivent parfois franchir pour ce faire et l'aide qui leur est apportée par les outils d'information. Dans un second temps, nous mettrons en avant les éléments qui peuvent parfois retarder la souscription d'un contrat labellisé.

## A. Le choix d'un organisme complémentaire :

7

On observe tout d'abord que, parmi les 26 assurés rencontrés dans le cadre de l'étude, seuls 6 d'entre eux n'ont pas eu à entrer en contact avec un nouvel organisme complémentaire pour pouvoir souscrire un contrat labellisé.

- Mme C (entretien n°3), M. P (entretien n° 14), Mme Z (entretien n°25) et M. O (entretien n°18) bénéficiaient déjà de l'ACS l'année dernière et l'organisme complémentaire auquel ils étaient affiliés proposent désormais des contrats labellisés. Ils n'ont donc pas besoin de changer de complémentaire pour bénéficier de leur aide. Ils ont fait le choix de rester affiliés à cet organisme.

<sup>3</sup> Rappel des formes du non-recours (typologie explicative de l'Odenore) :

La <i>non-connaissance</i> , lorsque l'offre n'est pas connue.
La <i>non-proposition</i> , lorsque l'offre n'est pas activée malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre.
La <i>non-réception</i> , lorsque l'offre est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée.
La <i>non demande</i> , quand l'offre est connue mais pas demandée, ou bien un droit ouvert mais la prestation non utilisée.



- Mme G (entretien n°7) bénéficiait jusque-là de la CMUC. Sa couverture complémentaire n'était pas gérée par sa caisse d'assurance maladie mais par un organisme complémentaire. Or, celui-ci propose cette année des contrats labellisés. Lorsque Mme G perd le bénéfice de la CMUC et devient éligible à l'ACS, elle peut et elle choisit de souscrire un contrat labellisé au sein de l'organisme auquel elle est déjà affiliée.
- Mme W (entretien n° 23) bénéficie de l'ACS pour la première fois cette année. C'est son organisme complémentaire qui lui a conseillé de demander l'ACS. Il fait partie de la liste des organismes proposant des contrats labellisés. Lorsqu'elle obtient cette aide, elle peut et choisit donc de rester affiliée à cet organisme.

Les autres assurés rencontrés doivent entreprendre des démarches afin de trouver et choisir un organisme complémentaire qui propose des contrats labellisés. Or, c'est là que semble se concentrer l'essentiel des difficultés que peuvent rencontrer les assurés pour utiliser leur chèque ACS. Une part d'entre eux se trouve dans cette situation parce l'organisme auquel ils étaient affiliés jusqu'à présent ne propose pas de contrats labellisés. Certains n'avaient pas de couverture complémentaire avant d'obtenir l'ACS Les autres bénéficiaient auparavant d'une CMUC gérée par la caisse primaire d'assurance maladie. Ce sont eux qui rencontrent le plus de difficultés pour utiliser leur chèque ACS.

Comment les assurés font-ils concrètement pour trouver un organisme complémentaire leur permettant de souscrire un contrat labellisé ? Comment font-ils pour entrer pour entrer en contact avec cet organisme ?

### **a) L'utilisation de la liste :**

Une liste reprenant les groupements d'organismes qui ont été habilités à proposer des contrats de complémentaire santé labellisés, et détaillant tous les organismes parties prenantes de ces groupements, a été transmise à chaque assuré en même temps que les « attestations-chèques ». Cette liste comprend, à ce moment-là, 84 organismes différents. Souvent les assurés rencontrés nous ont fait part de leur

désarroi face à cette liste. Au vu du nombre d'organismes qui y figure, il semble impossible à certains de choisir. Ainsi, quand elle découvre cette liste, Mme Y (entretien n°24) déclare : « *On se dit oh la la ! Comment je vais choisir ?* ». Mme X la qualifie d'impressionnante et conclue : « *Trop de choix tue le choix* » (entretien 23). Mme H dénonce également sa faible utilité (entretien 5). Elle dit : « *Non mais vous imaginez, vous les faites toutes et vous donnez du temps à tous, il faut combien de temps avant de trouver une mutuelle ?* ». M. F nous fait remarquer que, sans information pratique permettant de prendre contact avec les organismes, cette liste ne lui est d'aucune utilité (entretien 9). N'ayant pas d'accès à internet, il lui est difficile de trouver ces informations par lui-même. La consultation de cette liste ne peut donc suffire pour établir un choix.

## **b) L'importance du bouche à oreille :**

Les entretiens réalisés montrent que les assurés choisissent les organismes avec lesquels ils prendront contact en se basant sur le bouche à oreille, c'est-à-dire à l'aide d'informations que leurs proches ou leurs connaissances peuvent leur transmettre.

Certains souscrivent un contrat dans le même organisme qu'un proche. Ainsi, Mme M était hospitalisée au moment où il lui fallait faire ses démarches (entretien 1). C'est sa sœur qui s'en est occupée pour elle et qui lui a souscrit un contrat dans le même organisme qu'elle. M. N souscrit un contrat dans le même organisme que l'amie qui l'a aidé à réaliser ses démarches de demande d'aide (entretien 10). Il ne prend pas le temps de comparer les offres de plusieurs organismes. Mme A a choisi le premier organisme figurant sur la liste, elle s'est souvenue qu'une de ses amies y était affiliée (entretien 11). Les prix des offres proposées lui convenant, elle ne s'est pas renseignée auprès d'autres organismes. Mme Y a d'abord l'impression d'être « *un peu perdue dans la jungle* » (entretien 24). Elle explique s'être renseignée auprès de ses amis. Puis la CPAM la contacte par téléphone. Son interlocuteur lui indique trois organismes dont les offres

semblent les plus adaptées à ce dont elle a besoin. L'un d'entre eux est l'établissement bancaire de son ex-mari. Elle prendra contact avec celui-ci.

D'autres font appel à un organisme dont ils sont déjà clients pour d'autres contrats d'assurance ou pour des prestations bancaires. C'est le cas de M. R qui bénéficie pour la première fois de l'ACS (entretien 19). Son organisme complémentaire, qui ne fait pas partie de la liste des organismes habilités à proposer des contrats labellisés, l'oriente vers un autre assureur. Mais lorsque M. R prend contact, il se rend compte que les tarifs proposés sont trop élevés pour lui. Il souscrira finalement un contrat labellisé auprès de son établissement bancaire. Le fait de connaître cet établissement par ailleurs, semble faciliter les échanges et donc la mise en place de son contrat de complémentaire santé.

### **c) Des recherches sur internet :**

10

---

Les assurés rencontrés font également des recherches sur internet, utilisent des comparateurs d'offres. C'est le cas de Mme M (entretien 20), de M. E (entretien 6), ou encore de M. L (entretien 15). D'autres « combinent » le résultat de leurs recherches sur internet et la connaissance par le bouche à oreille, comme Mme V (entretien 21). Le bouche à oreille l'amène à sélectionner la MAAF, organisme avec lequel elle prendra contact après avoir consulté leur site internet.

Mais les assurés ne consultent pas le site spécifiquement dédié. Le plus souvent, ils ne connaissent pas son existence. Ainsi, un des assurés interrogés évoquait l'idée de développer un comparateur d'offres qui ne soit pas géré par les OC ou autres sociétés de courtage en assurance, afin de disposer d'information fiable pour étayer leur choix (entretien 6). Une seule des assurés rencontrés dans le cadre de cette étude, a utilisé le site info-ACS.fr pour se renseigner sur les offres proposées. Il s'agit de Mme X (entretien n°23).

Lorsqu'elle reçoit le courrier d'accord, les attestations-chèques et les documents d'information, Mme X se penche d'abord sur la liste. Mais elle ne parvient pas à comprendre pourquoi elle comporte autant d'organismes, pourquoi il y a des offres numérotées... Elle consulte donc le site internet. C'est grâce aux informations qu'elle y trouve, et notamment à l'aide du comparateur d'offres, qu'elle réussira à faire un choix. Pour cela, elle a reporté dans un tableau, dessiné sur un cahier d'écolier, toutes les informations dont elle avait besoin ; c'est-à-dire les garanties et prix proposés par plusieurs organismes complémentaires. Mme X est satisfaite de son nouveau contrat de complémentaire santé, des garanties dont elle bénéficie et du montant de ses cotisations. Mais ces démarches lui ont pris du temps. Elle dit durant l'entretien que c'était « laborieux ». Elle ajoute que tous les bénéficiaires de l'ACS n'ont sans doute ni le temps ni les capacités nécessaires pour faire de même.

#### **d) Les orientations réalisées par la CPAM :**

Certains des assurés rencontrés ont reçu un appel téléphonique de la CPAM. A cette occasion, un agent leur indiquait le nom de quelques organismes complémentaires proposant des offres qui semblaient correspondre à leur situation. D'autres ont témoigné de conseils similaires apportés lors de leur passage à la caisse, pour déposer leur dossier de demande notamment. D'autres encore ont bénéficié d'un rendez-vous avec un agent de la CPAM pour les aider à choisir. Les entretiens montrent que cette aide est nécessaire pour que les assurés parviennent à utiliser l'aide financière dont ils disposent avec l'ACS.

Certains des assurés rencontrés n'ont pas bénéficié d'un rendez-vous de ce type mais auraient souhaité pouvoir le faire. Ainsi, Mme B a facilement réalisé ses démarches pour souscrire un contrat labellisé. Mais elle s'occupe également du dossier de ses parents qui sont, eux aussi, bénéficiaires de l'ACS. Cette année, ils devront changer d'organisme complémentaire pour utiliser l'aide financière. Elle pense que, sans son aide,

ils ne pourraient pas le faire. Pour elle, l'aide de la CPAM serait utile pour les personnes qui ne peuvent pas compter sur leurs proches pour les aider.

Mme H, quant à elle, s'est vue proposer un rendez-vous. Mais, à ce moment-là, elle n'a pas compris de quoi il s'agissait. Elle ne s'y est pas rendue, pensant que la caisse lui proposait un rendez-vous avec une assistante sociale. Pourtant, durant notre entretien, elle en exprime clairement le besoin. Au moment de l'entretien, elle n'a pas réussi à utiliser l'aide financière de l'ACS et vient de retrouver le bénéfice de la CMUC. Elle reproche à la CPAM de lui avoir envoyé un chèque d'aide sans lui avoir donné les moyens de l'utiliser. Elle dit ainsi : « *Après non, eux ils s'en foutent ! Ils vous donnent le chèque, vous vous débrouillez !* » ; mais aussi : « *Oui « vous avez droit », comme si on avait gagné au loto !* ».

M. BA n'a pas eu de rendez-vous mais il a pris contact avec la CPAM par téléphone pour se renseigner (entretien 26). Ses premières démarches auprès des OC ne lui avaient pas permis de souscrire un contrat labellisé. Il n'avait pas compris que seuls certains organismes pouvaient lui proposer des contrats et accepter son coupon-chèque. Il ne s'était adressé qu'à des organismes hors liste. Lors de son appel à la CPAM, un agent a pu l'orienter vers un OC. Sa situation s'est « débloquée ». Lors de notre entretien, son adhésion est en cours.

L'aide apportée par la CPAM à ces assurés, par le biais de rendez-vous ou d'appels téléphonique, semble donc nécessaire. Sans cela, ils ne parviendraient pas à utiliser l'ACS ou cela leur prendrait beaucoup plus de temps. Mais, dans certains cas, cette aide n'est pas suffisante. La situation de M. F en est une illustration (entretien 9). A la suite d'un rendez-vous, il a été orienté vers un organisme qui est aussi un établissement bancaire. Lorsqu'il se rend dans cet organisme, on l'informe qu'il ne peut souscrire un contrat de complémentaire santé qu'à la condition d'ouvrir un compte bancaire dans l'établissement. M. F refuse. Il tente par la suite de prendre contact avec d'autres organismes. Mais seul, il n'a pas réussi à souscrire un contrat labellisé. Lorsque nous nous rencontrons pour l'entretien, il n'a plus de couverture complémentaire et repousse certains soins. Finalement, l'aide de la CPAM lui a permis de prendre contact

avec un organisme, mais pas de se débrouiller seul pour entreprendre de nouvelles démarches lorsque cet organisme a fait défaut.

Mme S a également rencontré un agent de la CPAM qui l'a orientée vers un des organismes de la liste. Elle a souscrit un contrat labellisé sans difficulté. Elle n'a pas pris le temps de se renseigner auprès d'autres organismes, elle a fait confiance à l'expertise de l'agent. Pourtant, lorsque je la rencontre à l'occasion de l'entretien, elle projette déjà de changer d'organisme complémentaire l'année prochaine. Lorsque ce rendez-vous a eu lieu, Mme S était affaiblie : elle devait subir une opération chirurgicale lourde peu de temps après et souffrait de douleurs importantes. Elle était également pressée de terminer ces démarches : elle souhaitait avoir souscrit un nouveau contrat au moment de son opération. Par ailleurs, du fait d'un problème de boîte aux lettres, Mme S n'avait pas reçu le courrier d'accord et les documents d'information. Ils lui ont été transmis à l'occasion de ce rendez-vous. Quelques semaines plus tard, elle a l'impression de ne pas avoir eu le choix. A propos du rendez-vous, elle dit : « *Parce qu'ils disent, vous avez le droit de regarder celle que vous voulez. Bon. Mais moi, j'ai pas eu le temps de regarder la liste qu'elle était en train de me donner, qu'elle m'a dit : « Vous maintenant, vous faites partie de OUI SANTE Malakoff Meredith », voilà, elle m'a dit ça.* » Elle ne sait pas expliquer pourquoi l'agent l'a orientée vers cet organisme plutôt qu'un autre. Elle ne sait pas non plus quel contrat elle a souscrit. Mme S n'a visiblement pas eu le temps de s'approprier l'information et l'orientation. De ce fait, elle a l'impression que ce choix ne lui appartient pas.

Une grande part des difficultés rencontrées par les assurés pour utiliser leur chèque ACS se concentre donc dans le choix d'un nouvel OC. La liste qui leur est transmise ne permet pas à elle seule d'établir un choix et d'entrer en contact. Les assurés « croisent » donc les sources d'information. A cette occasion, on s'aperçoit que leurs critères de choix reposent autant, voire davantage, sur la proximité, la connaissance antérieure de l'organisme, sa réputation, que sur des critères de prix ou de garanties. A cet égard, les rendez-vous proposés par la CPAM pour aider les assurés à souscrire un contrat labellisé peuvent reposer sur un raisonnement qui n'est pas celui des assurés. Ces rendez-vous

restent utiles et nécessaires mais les assurés ne s'approprient pas toujours les orientations réalisées à ce moment-là. Reste que, une fois le contact établi avec un OC, certains des assurés rencontrent également des difficultés pour souscrire un contrat labellisé.

## *B. La souscription d'un contrat labellisé :*

### **a) Des organismes complémentaires à distance :**

D'autres difficultés peuvent apparaître au moment de souscrire un contrat labellisé. Ainsi, M. O est le seul des assurés rencontrés dans le cadre de cette étude à ne pas avoir utilisé son chèque ACS, alors que l'organisme complémentaire auquel il est affilié est habilité à distribuer des contrats labellisés. M. O a pris contact avec son organisme puis a renvoyé une demande d'adhésion pour un contrat A. Au moment de notre entretien, son dossier lui a été retourné et il ne comprend pas pourquoi. Il pense que l'organisme a peut-être changé d'adresse. Après avoir pris connaissance de son dossier, il semble plutôt que M. O n'a pas su le remplir correctement et n'a pas non plus joint toutes les pièces justificatives nécessaires. Mais il ne s'en est pas rendu compte. Il ne cesse de dire : « *Moi les papiers, je sais pas faire.* » M. O est visiblement très en difficulté pour lire et comprendre les documents. En attendant, il dispose d'une couverture complémentaire mais son chèque ACS n'a pas été pris en compte. Son organisme complémentaire n'ayant pas d'agence à proximité dans laquelle il pourrait se rendre pour comprendre ce qui lui est demandé, sa situation semble bloquée.

D'autres assurés témoignent de difficultés pour souscrire puis utiliser leur complémentaire santé du fait de la distance géographique les séparant de leurs interlocuteurs. C'est le cas de Mme D. Suite à un rendez-vous à la CPAM, elle a été orientée vers un organisme complémentaire dont une agence est située à proximité.

Mme D souhaitait être affiliée rapidement car ses droits à la CMUC s'étaient terminés 15 jours plus tôt. Le 16 octobre 2015, elle est donc venue en rendez-vous à la CPAM, puis elle s'est rendue dans l'organisme vers lequel elle a été orientée. Le même jour, elle a complété une demande d'adhésion à laquelle elle a joint toutes les pièces nécessaires. Mais début janvier 2016, au moment de notre entretien, elle n'a toujours pas de couverture complémentaire. Entre temps, l'organisme lui a demandé de fournir de nouvelles pièces justificatives, puis de renvoyer un nouveau dossier d'adhésion complété. Mme D ne comprend pas pourquoi son contrat n'est pas encore effectif. Mais surtout, elle ne parvient pas à obtenir d'explications. L'agence dans laquelle elle s'était rendue le 16 octobre ne fait que recueillir les dossiers pour les transmettre à un autre organisme gestionnaire de l'offre du groupement dont il fait partie. Or, cet organisme gestionnaire est basé dans une autre région. N'utilisant pas internet, Mme D n'a que le téléphone pour les contacter. Et par téléphone, elle n'arrive pas à joindre un interlocuteur qui sache lui répondre. Lors de notre entretien, Mme D se sent dans une impasse.

La distance est également évoquée par une autre assurée comme un élément empêchant. Mme S déplore le fait de devoir régler toutes ses questions par téléphone sans jamais pouvoir rencontrer un conseiller. Elle insiste également sur le fait que ces communications lui coutent très cher. Sans accès internet, Mme S comme Mme D se sentent pénalisées. Dans ces deux situations, les agences dans lesquelles elles se sont rendues dans un premier temps, ne gèrent pas les contrats ACS. Les organismes qui se sont regroupés pour proposer des offres ont parfois délégué la gestion des contrats ACS à une seule structure, le plus souvent située à distance.

## **b) Le fonctionnement des offres groupées :**

Le fonctionnement des organismes regroupés peut induire d'autres difficultés pour les assurés. A plusieurs reprises, des assurés nous ont fait remarquer que l'un des organismes de la liste n'accepte pas les chèques ACS, leur expliquant qu'ils ne peuvent



plus le faire depuis la réforme de l'aide. Lorsqu'ils se rendent en agence, ils sont orientés vers un autre organisme partenaire. C'est le cas pour Mme B (entretien 4) comme pour M. I (entretien 13). Ils étaient déjà clients auparavant et ont souscrit un contrat labellisé auprès du nouvel organisme gestionnaire sans difficultés. En revanche, Mme V, qui a réalisé ses démarches par internet sachant que l'organisme figurait dans la liste, a d'abord eu un contrat non labellisé. Lorsqu'elle s'en rend compte, elle demande de modifier son contrat. Son dossier sera finalement transféré au bout de deux mois. Au-delà de la perte de temps et d'argent que cela représente pour elle, ce fonctionnement laisse entendre que cet organisme n'est plus habilité à proposer des contrats labellisés. La fiabilité de l'information transmise par la CPAM est alors remise en cause.

La liste d'organismes complémentaires diffusée à chaque assuré peut donc être source de confusions. En détaillant chaque organisme prenant part à une des 11 offres collectives, elle permet au bouche à oreille d'opérer. Mais ces exemples montrent qu'elle peut aussi induire en erreur.

## *Conclusion :*

L'enquête permet donc de repérer des difficultés dans l'utilisation de l'aide, plus précisément dans le choix d'une complémentaire puis dans l'utilisation du chèque ACS par les assurés. Ces difficultés sont de plusieurs ordres.

Tous les assurés rencontrés, ayant connu ou connaissant des difficultés pour utiliser leur chèque ACS, devaient entrer en contact avec un nouvel OC pour pouvoir souscrire un contrat labellisé. Tous sauf un : M.O qui, maîtrisant mal la lecture, ne comprend pas ce qu'il doit faire pour pouvoir souscrire un contrat labellisé auprès de son organisme qui n'a pas d'agence de proximité. Les difficultés se concentrent donc d'abord au moment de trouver, choisir un nouvel OC.

De ce point de vue, la CPAM du Gard avait clairement identifié les freins potentiels à l'utilisation lorsqu'elle a décidé de proposer aux assurés bénéficiaires de l'ACS un rendez-vous avec un agent pour les aider à s'orienter.

Les outils d'information mis à disposition des assurés, comme la liste et le site internet, sont peu utilisés. Il faut noter que, le plus souvent, les assurés ne connaissaient pas l'existence du site. Pourtant ils sont nombreux à utiliser internet pour chercher de l'information. Certains d'entre eux ont utilisé internet comme source d'information pour déterminer l'organisme auquel il souhaitait s'affilier. La liste est souvent présentée comme peu utilisable par les assurés. Elle est trop longue et elle ne fournit aucune information pratique permettant de prendre contact avec les organismes. Elle ne suffit pas pour déterminer auprès de quel OC prendre contact.

Les assurés peuvent alors s'en détourner pour lui préférer d'autres sources d'informations, ou l'utiliser seulement pour vérifier que l'organisme auquel ils souhaitent s'adresser propose des contrats labellisés. L'étude permet de montrer que, le plus souvent, c'est en croisant les sources d'information que les assurés établissent leur choix. Ceux qui sont les plus en difficultés sont finalement ceux qui ne peuvent opérer de cette manière-là. Ce sont les assurés qui n'ont pas d'accès internet ou qui ne savent pas l'utiliser. Ce sont également ceux qui ne peuvent ou ne savent pas utiliser leur réseau de connaissances familiales, amicales, professionnelles pour les guider.

Les rendez-vous proposés par la CPAM pour les aider à s'orienter sont utiles pour ceux qui en ont bénéficié. D'autres, qui n'ont pas eu ce rendez-vous, le réclament. Mais cette aide est parfois insuffisante pour permettre à l'assuré de souscrire un contrat. L'enquête montre que les assurés ne parviennent pas toujours à s'approprier les orientations réalisées dans ce cadre. Lorsque c'est le cas, cela est directement dû au fait que ces orientations reposent sur une rationalité qui n'est pas la leur. Leurs critères de choix d'un OC sont autant, voire plus souvent, liées à la proximité, la réputation, au degré de connaissance de l'organisme qu'à la qualité des garanties ou aux prix proposés. Par ailleurs, l'objectif de ce rendez-vous n'est parfois pas identifié par les assurés. De ce fait, ils ne l'honorent pas alors même qu'ils considèrent avoir besoin d'aide.

Enfin, le fait que les organismes gérant les offres groupées soient à distance constitue une nouvelle source de difficultés. Là encore, les assurés ne maîtrisant pas l'utilisation d'internet se trouvent pénalisés. De même, le fonctionnement de certains regroupements d'organismes engendre confusion et perte de temps pour les assurés.

Après réforme, on observe que le processus menant à l'utilisation de l'ACS comporte toujours un certain nombre de difficultés mais celles-ci semblent s'être déplacées. Auparavant, on pouvait noter qu'à cette étape, les obstacles résidaient dans l'absence d'information claire quant à la manière d'utiliser ce chèque ACS, au type de contrats auxquels cette aide donnait droit et aux organismes auprès desquels elle pouvait être utilisée<sup>4</sup>. Aujourd'hui, on constate que les incompréhensions portent sur la manière de contacter certains organismes et sur les outils mis à disposition pour aider les assurés à faire leur choix : l'existence d'un site internet permettant d'avoir de l'information, la longueur et la fiabilité de la liste dans laquelle certains semblent se perdre.

---

<sup>4</sup> Revil H., « Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle. Emergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel », Thèse de science politique, Université de Grenoble Alpes, 566p., 2014.

## 2- Des formes de désintérêt :

### A. Des interrogations quant à l'utilité de l'aide et parfois d'une couverture complémentaire :

Les difficultés d'utilisation n'expliquent pas à elles seules, toutes les situations de non recours, ou de non utilisation du chèque ACS, que l'enquête a permis de mettre au jour. Les explications données par M. T (entretien 2) ou par M. K (entretien 17) renvoient davantage à une forme de désintérêt pour l'aide qui leur est ainsi proposée.

M. T pense que malgré l'aide financière, il n'aura pas les moyens de payer la cotisation pour un contrat de complémentaire santé. Il ne se renseigne pas davantage et attend d'être de nouveau éligible à la CMUC. M. K met en avant des arguments similaires. Son raisonnement repose sur un calcul rapprochant le coût d'un contrat de complémentaire et le montant des dépenses qui seraient prises en charge par ce contrat. Il nous dit, à propos de sa couverture complémentaire : « *Je vous avouerai, ça ne m'a servi à rien.* » Il a calculé que son organisme complémentaire lui a remboursé 7,42€ de frais de santé l'année dernière. Mme H déclare à propos de cette aide : « *C'est de l'arnaque !* » car, bien qu'elle s'adresse à des assurés ayant de faibles ressources, les cotisations pour les contrats sont élevées et elle pense qu'il faut parfois faire l'avance de frais. M.K utilise ce même terme à plusieurs reprises durant l'entretien. Ce faisant, il dénonce l'incitation à souscrire un contrat de complémentaire santé que représente l'ACS, alors même que ces contrats coûtent cher aux assurés et que, selon lui, ils n'en ont pas forcément besoin.

D'autres assurés ont utilisé leur chèque d'aide mais s'interrogent. M. I déclare durant son entretien : « *Je me suis demandé en fait euh, est-ce que la complémentaire santé vaut le coup ?* ». Elle lui coûte cher et il n'a pas souvent besoin de soins (entretien 13). Mme X (entretien 23) déclare avoir toujours été couverte par une complémentaire

santé. Mais elle ajoute : « *Après, c'est vrai que j'ai jamais pris le temps de regarder, à la fin de l'année de faire le bilan : combien ça m'a coûté et combien ça m'a rapporté tout ça* ». Un certain nombre d'assurés remet donc en cause l'intérêt financier de l'ACS, voire rejette le caractère indispensable de la complémentaire santé.

Cet aspect se trouve renforcé lorsque les assurés bénéficient d'une prise en charge à 100% de certains soins dans le cadre d'une affection de longue durée. C'est le cas de M. K (entretien 17) qui nous explique durant l'entretien que sa complémentaire santé ne lui sert à rien, qu'elle ne lui rembourse que très peu de frais parce qu'un grand nombre de ses soins sont pris en charge à 100%. M. F, qui n'a pas réussi à utiliser son chèque ACS lorsque nous le rencontrons, nous explique qu'il n'a pas besoin d'un contrat C. Il est atteint de polyarthrite et, de ce fait, un grand nombre de soins sont pris en charge à 100%. Il nous présente ainsi sa situation : « *il me faut juste le, le petit quotidien quoi, j'ai pas besoin de plus* ». Mme M (entretien 1) s'interroge elle-aussi : « *Je me demande si demain j'ai besoin d'une mutuelle quoi !* », puis plus loin : « *Je suis à 100% de partout alors je me demande à quoi sert une mutuelle ?* ». Elle ne sait pas exactement quels sont les soins qui sont pris en charge dans le cadre de sa pathologie et ceux qui ne le sont pas. Cette confusion peut abonder la remise en cause de l'intérêt de l'ACS et, plus largement, de l'intérêt de souscrire un contrat de complémentaire santé.

---

20

Tous les assurés rencontrés ne ressentent pas le même besoin de s'assurer pour faire face aux aléas de la vie, aux risques de maladie et d'accident. Un certain nombre d'entre eux s'interrogent quant à la nécessité de payer une complémentaire santé quand d'autres considèrent que c'est indispensable. Ils ont donc des appréciations très diverses qui peuvent varier selon l'âge des personnes, selon qu'elles vivent seules ou sont en charge de famille, qu'elles sont socialement isolées ou non. Ainsi, Mme H qui considère l'ACS comme une « *arnaque* », a souscrit un contrat non labellisé parce qu'elle ne parvenait pas à utiliser son aide. Malgré la faiblesse de ses ressources, elle ne pouvait pas envisager de rester sans complémentaire santé avec ses trois enfants. Mme U (entretien 20), qui vit seule avec ses 4 enfants, a souscrit un contrat C. Elle trouve que ses mensualités sont élevées mais elle dit qu'elle est « *obligée* » de faire cet effort pour que

ces enfants soient couverts. Mme B (entretien 4) nous explique aussi qu'elle et son mari sont restés quelques temps sans complémentaire santé avant de se raviser. Son mari était en arrêt de travail et leur contrat de complémentaire devenait trop chère pour eux. Mais ils avaient gardé une couverture complémentaire pour leurs enfants. A l'inverse, M. T vit seul, tout comme Mme M, et M. K est veuf.

Le plus souvent, les assurés rencontrés apprécient l'intérêt de l'ACS au regard du chèque qui leur est délivré à cette occasion. Ils ne prennent pas en considération l'ensemble des droits attachés à cette aide. L'enquête qui a été menée montre que nombreux sont ceux qui ne connaissent pas l'intégralité des droits attachés à l'ACS. Ainsi, Mme A ne sait pas qu'elle bénéficie désormais d'un tiers payant intégral (entretien 11). Mme B l'apprend lors de sa dernière consultation chez son généraliste (entretien 4).

## *B. Un défaut d'information, des représentations erronées :*

Souvent, ils n'ont pas pris connaissance du dépliant d'information qui leur a été transmis en même temps que le courrier d'accord de l'aide. Certains ne se souviennent pas de l'avoir reçu, d'autres l'ont confondu avec de la publicité (c'est le cas de Mme A, entretien 11, par exemple). Comme nous l'avons déjà expliqué, le site internet spécifiquement dédié à l'ACS n'a pas été identifié par la très grande majorité des assurés rencontrés. Il n'a donc pas pu constituer une source d'informations pour eux. Par ailleurs, les assurés qui disposaient d'un contrat auprès d'un organisme habilité cette année à délivrer des contrats labellisés, ont rarement pris le temps de se renseigner avant de contacter leur organisme. Une fois leur nouveau contrat mis en place et leur chèque utilisé, ils n'ont pas cherché d'information par ailleurs. Parfois, c'est leur organisme complémentaire qui leur explique comment cela fonctionne. Enfin, les assurés

en situation de renouvellement d'ACS ont des représentations du fonctionnement de cette aide qui datent d'avant sa dernière réforme. Cela est d'autant plus vrai que, lorsque nous les rencontrons, l'aide leur a été délivrée quelques semaines plus tôt. Ils ont donc peu ou pas expérimenté le nouveau fonctionnement de l'ACS.

Pour toutes ces raisons, certains de ces assurés ont des représentations erronées de l'étendue de leurs droits et du fonctionnement de l'aide. Comme nous l'évoquions précédemment, M. T n'a pas souscrit de contrat d'assurance complémentaire et préfère attendre d'être de nouveau éligible à la CMUC. Il considère que le coût d'un contrat serait trop élevé pour lui. Il a besoin de la CMUC, pas d'une aide financière pour souscrire un contrat. Mais durant l'entretien, il apparaît que M. T ne sait pas qu'avec un contrat labellisé, il n'aurait pas d'avances de frais à faire. Il ne sait pas non plus qu'il bénéficie toujours des tarifs solidaires énergie parce qu'il a obtenu une ACS. Il pensait qu'il y avait toujours accès suite à une erreur. M. K, qui se trouve dans une situation similaire, ne semble pas mieux informé. Lorsque nous abordons le sujet du tiers-payant intégral, il répond qu'il ne fait jamais d'avance. A propos des dépassements d'honoraire, il avance le fait que son généraliste est conventionné. En revanche, il s'interroge pour les consultations de spécialistes. Il ne sait pas non plus qu'il n'aura plus à payer de participations forfaitaires et de franchises médicales. Il n'a pas identifié le fait que le bénéficiaire des tarifs solidaires énergie soit lié à celui de l'ACS. Au final, il semble manifester une inquiétude : « *Mais si j'utilise pas (le chèque), j'aurais pas droit, quand même ?* ».

Dans ces deux cas, le raisonnement des assurés qui les a conduits à ne pas utiliser leur ACS, était basé sur une connaissance incomplète du contenu de cette aide. Le témoignage de Mme H en est une autre illustration. Elle n'a pas réussi à utiliser son chèque. Lorsque nous la rencontrons, elle dénonce à la fois le fait que la CPAM délivre une aide financière sans donner aux assurés la capacité de la mettre en place et le fait que cette aide soit en réalité « une arnaque ». Mme H a abandonné ses démarches pour souscrire un contrat labellisé. Elle avait finalement souscrit un contrat sans l'aide de l'ACS avant de retrouver le bénéfice de la CMUC. A ce moment-là, elle est ravie de

bénéficiaire de nouveau d'une CMUC et nous explique qu'à l'avenir, elle prendra garde de ne plus « perdre » son éligibilité. Cela signifie concrètement qu'elle veillera à ne pas trop travailler pour ne pas dépasser le plafond de ressources, à moins qu'elle ne parvienne à trouver un emploi stable. Mais notre entretien nous permet de comprendre et lui permet de prendre conscience que son raisonnement est basé sur des informations qui sont fausses. Mme H était notamment convaincue que le tiers-payant intégral ne fonctionne pas et que, quel que soit l'organisme complémentaire auprès duquel elle souscrirait un contrat, elle devrait faire l'avance de frais pour un certain nombre de consultations. Lorsqu'elle comprend que ça ne serait pas le cas, elle révisé son jugement. Elle dit : « *Mais si je, admettons, on me le redonne, ben là, je prendrai plus le temps, t'as enfin..., de regarder, de...* ». Elle ajoute : « *Parce qu'après, j'aurai pas le choix, je me dis d'un côté, je préfère avoir un travail, et si j'ai droit à cette aide et ben... au moins en bénéficier et euh... bien regarder.* »

L'intérêt que présente l'ACS pour les assurés peut donc être amoindri notamment du fait de la faible connaissance qu'ils ont de cette aide et de représentations erronées. On note également que ces interrogations sont présentes dans le discours d'assurés aux profils divers. En revanche, ceux qui ne souscrivent pas de contrat de complémentaire santé de ce fait sont des assurés qui peuvent projeter un retour à la CMUC.

### C. Le choix contraint :

Un autre élément peut venir remettre en cause l'intérêt pour les assurés de bénéficier de l'ACS. Il s'agit de la mise en place de contrats labellisés et de l'obligation de souscrire un de ces contrats pour profiter de l'aide financière. Pour commencer, les assurés rencontrés n'ont pas tous compris que tous les organismes complémentaires de la liste proposent les mêmes contrats à tous les bénéficiaires de l'ACS. C'est le cas par exemple de Mme Y (entretien 24) ou encore de Mme S (entretien 8). Ensuite, certains dénoncent le fait que ces contrats ne proposent pas toutes les garanties dont ils auraient besoin. Mme S regrette notamment de ne pas pouvoir bénéficier d'une chambre seule



en cas d'hospitalisation. Mme U (entretien 20) est déçue de ne pas pouvoir consulter un ostéopathe car les frais ne seront pas pris en charge. De même, elle aurait souhaité pouvoir être suivie par un homéopathe.

D'autres considèrent que tous les contrats proposés dans ce cadre ne sont pas intéressants. M. I par exemple, considère que les contrats B et C ne sont pas intéressants au vu de leur coût et de la faible extension des garanties qu'ils proposent par rapport à un contrat A (entretien 13).

Ainsi, ce système de contrats labellisés est vécu comme une contrainte par certains assurés. C'est notamment le ressenti de Mme S mais aussi de Mme U. Cette dernière considère qu'il s'agit de « *sous contrats* », qui ne lui permettent pas de se faire soigner comme elle l'entend. Durant l'entretien, elle s'exclame : « *On paye mais on n'a pas un libre-choix !* ». Elle bénéficiait jusque-là de la CMUC. Elle a repris un emploi et pensait que cette ACS lui permettrait de choisir sa complémentaire comme n'importe qui. Elle exprime donc sa déception. Elle déclare : « *En fait, moi ça me fait penser qu'il y a toujours des basses sociétés. Et on en a, on fait partie de cette société là-quoi. Malgré tout. Et là on nous rappelle à l'ordre que...* ». Mme S quant à elle, nous dit : « *Alors on parle de, d'expression, de donner son avis, de ci-mi-là, mais en fait euh... on n'y a pas droit là, c'est pas la peine de faire tout ce cinéma ! Hein, on le sait, ben il faut rester dans la, dans la, être humble, voyez ? Voilà.* »

Enfin, si tous les assurés n'ont pas compris que les contrats labellisés proposent les mêmes garanties dans tous les organismes complémentaires, tous n'ont pas non plus saisi que les prix de ses contrats peuvent varier entre les organismes. Mme A, par exemple, s'en rend compte pendant notre entretien. Elle pensait que s'il y avait des différences, elles étaient minimes. D'autres l'ont compris et s'en étonnent. Ainsi Mme X a souscrit un contrat C pour sa famille qui lui coûte 696€ par an. Elle a trouvé le même contrat C proposé par un autre organisme complémentaire au prix de 1267€. Elle dit : « *Et je comprends pas pourquoi, alors que c'est fait pour des personnes qui justement n'ont pas les moyens, pourquoi il peut y avoir autant de différences.* » Plus tard, elle ajoute : « *Si finalement la CPAM fixe, enfin l'Etat fixe des trucs comme ça, je me dis autant fixer les prix*

quoi ! » M. R a souscrit un contrat labellisé auprès de son établissement bancaire pour toute sa famille pour un montant annuel de 624€. Mais avant cela, il s'était renseigné auprès d'un autre organisme qui lui proposait un contrat B pour 1300€ par an. Il déclare : « *Donc, quand vous avez l'ACS, que vous tombez sur un papier comme ça (les tarifs), vous dites c'est du n'importe quoi !* ».

M. C s'interroge. Il profite de l'entretien pour nous demander : « *Par contre, ce que je voudrais savoir, pour les mêmes garanties, est-ce que les tarifs sont les mêmes ou pas les mêmes, je sais pas du tout.* » Lorsque nous lui expliquons qu'ils peuvent varier d'un organisme à un autre, il dit : « *Donc ça sert à rien quoi ! Non ? Franchement ? Puisque vous bloquez pas les prix, vous laissez libre choix à... ils peuvent mettre les garanties, avoir les mêmes garanties si vous avez pas les ACS, des trucs comme ça.* » Il pensait que, dans la mesure où tous les contrats proposent les mêmes garanties, ils étaient « automatiquement » au même prix. Selon lui, dans ces conditions, les contrats proposés par les organismes complémentaires dans le cadre de l'ACS sont certainement des contrats qu'il aurait pu souscrire même sans ACS.

25

---

Là encore, on observe un défaut d'information de certains assurés. Ils n'ont pas identifié que seules les garanties proposées sont communes à tous les contrats labellisés. Le fait que les prix proposés puissent être si différents suscite incompréhension et peut parfois venir remettre en cause l'intérêt de l'ACS pour certains.

## *D. Le point de vue particulier des sortants CMUC :*

Ce sont les assurés qui bénéficiaient jusque-là de la CMUC et, dans une moindre mesure, ceux qui renouvellent leur ACS, qui remettent en cause le rapport qualité-prix des contrats labellisés. Les assurés qui bénéficient d'une aide pour la première fois sont plus prompts à apprécier à la fois l'étendue des garanties proposées et la baisse du coût suscitée. Le regard porté sur l'ACS est donc différent selon le statut antérieur des

assurés. Pour les « sortants CMUC », l'avantage financier ainsi procuré n'est pas « palpable ». Pour eux, la couverture complémentaire devient payante à cette occasion. Ainsi, il semble que, au moment où nous les interrogeons, les « primo-demandeurs » ont « gagné » le bénéfice de l'ACS. A l'inverse, dans l'ensemble, les « sortants CMUC » n'ont fait que « perdre » le bénéfice de cette CMUC.

Le plus souvent, ils bénéficient d'une ACS qu'ils n'avaient pas demandée. Au moment du dépôt de leur dossier de demande, il s'agissait pour eux de renouveler leur CMUC. Seule une des assurées rencontrées savait dès le moment de la demande, qu'elle ne bénéficierait plus de la CMUC mais de l'ACS (Mme M, entretien 1).

Par ailleurs, les assurés regrettent souvent la CMUC dont ils bénéficiaient jusque-là. M. F pense que qu'il ne bénéficie plus de la CMUC parce que son Allocation Adulte Handicapé a été revalorisée. Il dit : « *Moi ça me... pénalise vachement ! Mais vraiment, vachement !* ». Mme D l'attribue à une revalorisation de sa pension de retraite, Mme V a eu une « *petite* » augmentation de la pension alimentaire qu'elle perçoit pour ses enfants. Leurs ressources ont faiblement augmenté mais cela aura suffi pour leur faire dépasser les plafonds de ressources. L'effort financier qui leur est alors demandé pour souscrire une complémentaire peut leur paraître plus important que le gain qu'ils ont retiré de la hausse de leurs revenus. M. F pense que l'augmentation de son AAH de 10€ par mois lui a fait perdre le bénéfice de la CMUC. Lorsqu'il a rencontré un agent de la CPAM pour l'aider à souscrire une complémentaire, celui-ci lui a proposé un contrat pour 11€ par mois. Il en a donc déduit que pour 10€ de ressources en plus, la CPAM lui demandait de participer au coût de sa complémentaire à hauteur de 11€.

Mme U a repris un emploi. Mais elle a l'impression que ce qu'elle gagne en travaillant ne lui profite pas. Elle dit : « *En fait, voilà, moi je vais être claire, c'est bien de travailler c'est vrai mais euh... j'ai l'impression de passer pour une pigeonne ! Voilà ! Faut dire ce qui est ! Alors je travaille, c'est normal que j'ai une mutuelle mais si j'avais fait comme tout le monde, je serai restée chez moi, à regarder les feux de l'amour à 14h00 et à avoir la CMU tout de gratuit !* » Elle pense que le bénéfice de la CMUC devrait être étendu aux personnes qui travaillent mais qui ne touchent qu'un faible salaire.

Mme H n'est plus éligible à la CMUC car elle a davantage travaillé l'année dernière et ses revenus ont donc augmenté. Mais ce n'est plus le cas lorsque je la rencontre. Elle dit : « *Je travaillais, je faisais des petits contrats. Mais là, j'étais contente, je gagnais bien. Tout le monde m'a dit : attend, tu vas voir l'année prochaine t'auras plus droit* ». Je disais mais non, non. Mais en fait, du coup oui, parce que eux ils calculent, moi je pensais pas, eux ils calculent par rapport aux impôts un an en arrière, à chaque fois ils regardent... et après donc, du coup je me suis faite avoir dans tout, dans les APL, dans tout, dans plein de choses... ». Le fait que les ressources prises en compte pour déterminer l'éligibilité des assurés à la CMUC ou à l'ACS soient celles des 12 derniers mois peut être problématiques. En effet, les assurés peuvent connaître des situations instables notamment au regard de l'emploi. Il peut donc arriver que les ressources prises en compte ne correspondent plus du tout à celles avec lesquelles ils vivent à l'instant T. C'est aussi ce qui permet à certains des assurés rencontrés d'attendre de redevenir prochainement éligibles à la CMUC. C'est le cas de Mme H, mais aussi de M. T et M. K.

Il faut également noter que, pour certains des assurés « sortants CMUC », ils souscrivent un contrat auprès d'un organisme complémentaire pour la première fois. Le plus souvent, lorsqu'ils déposent leur dossier de demande, ils ne s'attendent pas à bénéficier de l'ACS. De plus, ils maîtrisent le fonctionnement de la CMUC, ce qui n'est pas forcément le cas avec les contrats labellisés. Ainsi Mme G (entretien 7) nous explique qu'elle préférerait bénéficier de la CMUC parce qu'elle sait qu'elle ne paiera pas ses soins, elle en est sûre. Même si nous avons eu l'occasion de parler des droits attachés à l'ACS, notamment du tiers-payant intégral, durant l'entretien, elle explique qu'elle ne retournera pas consulter un ophtalmologue et qu'elle n'achètera pas de lunettes parce qu'elle n'est pas certaine que cela ne lui coûtera rien.

## Conclusion :

Au-delà des difficultés quant à l'utilisation de cette aide qui peuvent induire des cas de non-réception, l'enquête permet également de montrer qu'il existe des cas de « non-demande », c'est-à-dire des situations pour lesquelles un droit est ouvert mais n'est pas utilisé, considérant notamment qu'il ne présente pas d'intérêt pour les bénéficiaires. Ces situations viennent interroger la pertinence même de l'aide ainsi proposée. 2 des 26 assurés rencontrés n'ont pas utilisé leur chèque ACS parce qu'ils considèrent que ce n'est pas intéressant pour eux. De nombreux autres s'interrogent à ce propos. Ils questionnent également l'utilité de souscrire un contrat de complémentaire santé. On peut observer qu'ils ont souvent des représentations de l'ACS qui ne reflètent pas tout à fait la réalité et qui peuvent donc les induire en erreur quant à sa pertinence et son utilité. Il faut noter que le système de contrats labellisés, qui est censé aider les assurés à faire des choix, peut in fine les amener à avoir l'impression de ne plus avoir le choix de leur couverture complémentaire.

28

---

Les assurés qui bénéficiaient auparavant de la CMUC ont un point de vue particulier quant à l'utilité et la pertinence de l'ACS. La comparaison qu'ils établissent entre l'ACS et la CMUC peut les amener à regretter cette dernière. Cela peut venir expliquer leur non-demande à l'ACS, tout au moins leurs réticences à en bénéficier.

## Conclusion et Pistes pour l'action :

Cette étude permet de montrer qu'il subsiste des difficultés dans l'utilisation du chèque ACS qui peuvent s'apparenter à des situations de non-réception. Les assurés rencontrent des difficultés pour choisir et entrer en contact avec un organisme complémentaire. On constate que ceux qui n'ont pas à changer d'organisme complémentaire ont presque tous utilisé leur chèque ACS sans difficulté.

Depuis la réforme du 1<sup>er</sup> juillet 2015, tous les organismes ne peuvent pas accepter les chèques ACS. Pour entrer en contact avec un nouvel organisme, les assurés disposent d'une liste dans laquelle il leur faut en sélectionner un OC. Mais cette liste est très longue ; trop longue pour leur permettre à elle seule de réaliser un choix. Par ailleurs, elle ne contient pas les informations nécessaires pour établir un contact. Les assurés doivent donc fonder leur choix sur d'autres sources d'informations.

29

---

Pour ce faire, l'enquête montre qu'ils s'appuient sur le bouche à oreille. Ils se renseignent auprès de leurs proches, de leurs connaissances pour savoir à qui s'adresser. Ils font également des recherches sur internet, utilisent des comparateurs d'offres. Mais ils ne se rendent pas sur le site spécifiquement dédié. La plupart du temps, ils n'en connaissent pas l'existence. La seule assurée rencontrée, qui l'utilise, constitue des tableaux sur un cahier pour déterminer l'offre qui correspond le mieux à ses besoins, pour le prix le plus bas. Enfin, un certain nombre des assurés rencontrés ont bénéficié d'une aide de la CPAM pour s'orienter, que ce soit au travers de rendez-vous à la caisse ou d'appels téléphoniques. Cette aide est nécessaire pour ces assurés qui, sans cela, n'auraient peut-être pas utilisé leur chèque, ou dans un délai beaucoup plus long. En revanche, elle n'est pas toujours suffisante : certains assurés restent en difficultés. Cela ne leur permet pas toujours de s'approprier l'information, de comprendre l'orientation. Ils peuvent alors avoir l'impression que le choix de l'organisme complémentaire ne leur appartient pas.

Au final, c'est en croisant les sources d'informations que les assurés parviennent à choisir un organisme complémentaire. Les assurés les plus en difficultés sont ceux qui ne peuvent pas ou ne parviennent pas à le faire.

Les assurés peuvent aussi rencontrer des difficultés dans leurs démarches pour souscrire un contrat labellisé. Certaines offres groupées ne sont pas gérées au sein d'agences de proximité, il n'y a pas d'accueil dans lequel se rendre pour obtenir des renseignements. Cela met en difficultés les assurés qui maîtrisent mal l'écrit, mais aussi ceux qui n'utilisent pas internet. Il devient compliqué de communiquer avec ces organismes. D'autant que ce mode de fonctionnement n'est pas lisible pour les assurés avant qu'ils n'aient débuté leurs démarches d'adhésion auprès de ces organismes.

De même, un des organismes complémentaires figurant dans la liste ne délivre pas de contrats labellisés. Il renvoie les assurés vers un autre organisme, du même groupement qui gère tous les contrats ACS. Là encore, ce mode de fonctionnement n'est pas explicité aux assurés. De ce fait, il peut induire de la confusion et reporter la souscription d'un contrat labellisé. Par ailleurs, cela laisse à penser que les informations transmises par la CPAM sont erronées et peu fiables.

Des problématiques informationnelles subsistent donc dans les parcours d'accès à l'ACS. Si l'on compare la situation actuelle à celle connue avant la réforme, il semble que la labellisation permet aux assurés de mieux se repérer et d'être davantage guidés dans leur choix. Mais il reste des difficultés au niveau des outils d'information. Il semble donc nécessaire qu'un temps soit consacré aux assurés afin de leur expliquer l'existence de certains outils mais également de les accompagner dans leur choix. S'agissant d'un dispositif complexe comme celui de l'ACS (dispositif « à étapes »), dispenser de l'information par internet et/ou par courrier paraît ne pas suffire pour qu'ils franchissent les différentes étapes qui mènent à l'ouverture du droit et pour faire les choix afférents à celui-ci. Il faut également apporter des explications, permettre aux assurés de poser des questions, donner la possibilité de déployer cette aide dans le temps.

On observe également des situations qui s'apparentent à de la non-demande. Les assurés décident de ne pas utiliser l'ACS considérant que cette aide n'est pas

intéressante pour eux. Tout au moins, ils s'interrogent quant à son utilité. Ce faisant, ils questionnent la pertinence de cette aide, son adéquation à leurs besoins et à leur situation financière. Certains réalisent un calcul cout / avantage rapprochant les prix pratiqués et les soins qui leur sont remboursés ; calcul qui leur permet de dire qu'ils n'ont financièrement pas intérêt de souscrire un contrat de complémentaire santé. Il ne faut pas minimiser le fait que les situations de vie des personnes éligibles et/ou bénéficiaires de l'ACS sont bien souvent fragiles et instables (dans leur rapport à l'emploi notamment) et que cela peut rendre difficile la projection dans des dépenses à long terme, par exemple pour bénéficier d'une complémentaire.

Cette impression est renforcée lorsque les assurés bénéficient d'une prise en charge à 100% de certains soins dans le cadre d'une Affection de Longue Durée. D'autant qu'ils ne savent pas toujours précisément quels soins bénéficient de cette prise en charge.

Par ailleurs, les assurés rencontrés maîtrisent mal l'ensemble des droits attachés à l'ACS. Le manque d'information et les incompréhensions concernant le fait que les bénéficiaires de l'ACS peuvent désormais bénéficier du tiers-payant intégral et ne pas être exposés aux dépassements d'honoraires paraissent prégnantes. Dans ce contexte, le fait de ne pas être suffisamment informées sur ces points peut amener les personnes à juger de manière erronée de l'utilité de l'offre, par rapport à leur situation personnelle et à leurs besoins de soins. Les travaux sur le non-recours montrent que la compréhension du bénéfice qu'une personne peut espérer d'un service ou d'un droit, ainsi que la perception de leur utilité par rapport à une situation personnelle, sont des éléments décisifs dans les processus de recours ou d'adhésion<sup>5</sup>. Ceci est notamment déjà apparu dans les précédents travaux relatifs à l'ACS lorsque les personnes éligibles disaient ne pas recourir à cette aide parce qu'elles ne comprenaient pas le bénéfice qu'elles pouvaient en attendre et qu'elles ne percevaient pas son utilité<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Van Oorschot W., (1991), "Non-Take-Up of Social, Security Benefits in Europe", *Journal of European Social Policy*, vol.1(1), pp. 15-30.

<sup>6</sup> Revil H., *Le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée*, 2010, *Working Paper*, Odenore, Grenoble, n° 5, juin 2010. Revil H., « Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle.



Le système de contrats labellisés est lui-même une source d'interrogations. Il est intéressant de voir que ce qui est censé aider les assurés à faire des choix peut *in fine* les amener à avoir l'impression de ne plus avoir le choix de leur complémentaire, les faire douter de l'utilité de l'aide et même de la complémentaire, au regard de leur situation et de leurs besoins de soins. La labellisation peut en outre susciter des craintes nouvelles ; par le passé, les personnes s'inquiétaient de ne pas arriver à utiliser leur chèque ACS du fait de la multiplicité des organismes complémentaires, de la complexité « du monde de la complémentaire » ... Elles avaient l'impression de plonger dans « une galaxie inconnue » et avaient peur de « se faire avoir ». Désormais les craintes sont plutôt relatives au fait que la labellisation oblige à prendre certains contrats (les personnes devenant alors suspicieuses quant à la qualité de ceux-ci et aux garanties proposées) et conduit en outre une partie des personnes à changer d'organisme et/ou de contrats. Habitues à un interlocuteur, à un contrat complémentaire dont elles disposent parfois depuis plusieurs années, les personnes peuvent être déstabilisées et avoir l'impression de perdre la maîtrise de leur protection maladie complémentaire.

La mise en place « de contrats spécifiques » peut parallèlement induire une autre forme de non-demande : celle liée à la crainte de la stigmatisation. Alors que ce type de raisons était par le passé peu avancé par les personnes pour expliquer leur non-recours à l'ACS, (contrairement aux bénéficiaires potentiels de la CMU C), certaines personnes peuvent désormais être réticentes à « entrer » dans une aide qui ne leur permet pas, d'après elles, de bénéficier des mêmes contrats complémentaires que tout un chacun et qui les fait, en quelque sorte, entrer dans une catégorie « particulière » d'assurés. Les représentations sont ici en action, tout comme le fait d'ailleurs d'anticiper que les professionnels de la santé pourraient avoir des comportements différents, et peuvent amener des personnes à rester en retrait de leurs droits.

---

Emergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel », Thèse de science politique, Université de Grenoble Alpes, 566p., 2014.

Enfin, les personnes qui bénéficient de l'ACS parce qu'elles ne sont plus éligibles à la CMUC n'ont pas le même point de vue que les autres. La « comparaison » entre CMU C et ACS peut amener certaines personnes « à regretter » la CMU C. Cela peut alors expliquer leur non-demande à l'ACS, en tout cas leurs réticences à en bénéficier. Une vigilance particulière mérite d'être portée aux sortants CMU C désormais éligibles à l'ACS. En premier lieu, parce que l'accès à cette aide est plus compliqué que l'accès à la CMU C, mais également parce que les personnes peuvent avoir le sentiment que l'ACS est « moins avantageuse » pour eux que la complémentaire CMU (et ce alors même que leurs ressources n'ont parfois augmenté que de quelques euros).

Face à ces situations de non-réception et de non-demande (effectives ou potentielles), la communication auprès des personnes éligibles à l'ACS, mais également des professionnels du social et du sanitaire, pourrait se donner pour objectif d'explicitier visuellement le chemin à parcourir et les étapes à franchir pour bénéficier concrètement de l'ACS. A cet effet, des schémas présentant les « parcours types » et les étapes clés à ne pas « rater » et tenant notamment compte des différences de situations initiales des personnes éligibles (primo-demandeur, sortant CMU C, renouvellement pour une personne dont l'ancien contrat n'est pas labellisé, ...) pourraient être imaginés. La communication pourrait également se donner pour objectif de lever certaines représentations relatives à l'ACS, découlant notamment de la comparaison CMU C / ACS, mais aussi de la faible perception des divers bénéfices à attendre de l'ACS.

## Annexe :

N° entretien	Personne enquêtée	Situation
<b>Entretien 1</b>	Mme M	<i>Sortant CMUC-OC avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 2</b>	M. T	<i>Sortant CMUC-Etat sans OC</i>
<b>Entretien 3</b>	Mme C	<i>Renouvellement ACS avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 4</b>	Mme B	<i>Sortant CMUC-OC avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 5</b>	Mme H	<i>Sortant CMUC-Etat avec OC non labellisé</i>
<b>Entretien 6</b>	M. E	<i>Renouvellement ACS avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 7</b>	Mme G	<i>Sortant CMUC-OC avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 8</b>	Mme S	<i>Renouvellement ACS avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 9</b>	M. F	<i>Sortant CMUC-Etat sans OC</i>
<b>Entretien 10</b>	Mme A	<i>Primo demandeur avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 11</b>	M. N	<i>Primo demandeur avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 12</b>	Mme D	<i>Sortant CMUC-Etat avec OC labellisé (en cours)</i>
<b>Entretien 13</b>	M. I	<i>Primo demandeur avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 14</b>	M. P	<i>Renouvellement ACS avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 15</b>	M. L	<i>Renouvellement ACS avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 16</b>	M. J	<i>Renouvellement ACS avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 17</b>	M. K	<i>Renouvellement ACS sans OC</i>
<b>Entretien 18</b>	M. O	<i>Renouvellement ACS avec OC non labellisé</i>
<b>Entretien 19</b>	M. R	<i>Primo demandeur avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 20</b>	Mme U	<i>Sortant CMUC Etat avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 21</b>	Mme V	<i>Sortant CMUC Etat avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 22</b>	Mme W	<i>Primo demandeur avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 23</b>	Mme X	<i>Primo demandeur avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 24</b>	Mme Y	<i>Primo demandeur avec OC labellisé (en cours)</i>
<b>Entretien 25</b>	Mme Z	<i>Renouvellement ACS avec OC labellisé</i>
<b>Entretien 26</b>	M. BA	<i>Primo demandeur avec OC labellisé (en cours)</i>