

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes162.pdf>

## Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille

Sophie Guthmuller<sup>a</sup>, Florence Jusot<sup>ab</sup>, Jérôme Wittwer<sup>a</sup>  
en collaboration avec Caroline Després<sup>b</sup>

L'Aide complémentaire santé (ACS), ou « chèque santé », a été mise en place en 2005 pour réduire le coût de la couverture complémentaire santé des ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Afin d'en comprendre les motifs, une expérimentation sociale a été menée à Lille auprès d'un échantillon d'assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs ressources.

Les résultats de cette expérimentation montrent notamment que la majoration du montant du « chèque santé » améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les personnes effectivement éligibles. Ils confirment aussi que l'ACS est un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible : au total, seuls 17 % des assurés de cette expérimentation ont fait une demande d'ACS. De plus, seuls 9 % des assurés invités à participer à une réunion d'information sur le dispositif y ont effectivement assisté, et l'invitation à cette réunion a largement découragé les autres assurés. Enfin, seuls 55 % des assurés ayant déposé une demande ont effectivement reçu l'aide, en raison le plus souvent de ressources trop élevées. Cette incertitude importante sur l'éligibilité au dispositif est certainement un frein s'ajoutant à la complexité des démarches.

 a Sécurité sociale ne proposant qu'une prise en charge partielle des dépenses de soins en France, l'accès aux soins repose en partie sur la possession d'un contrat de couverture complémentaire (Perronnin *et al.*, 2011 ; Jusot et Wittwer, 2009 ; Boisguérin *et al.*, 2010). Afin de limiter les barrières financières à l'accès aux soins des ménages les plus modestes, les autorités publiques ont instauré en 1999 la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui

offre gratuitement aux ménages les plus pauvres une couverture complémentaire santé (encadré Définitions).

La question des ménages modestes, mais dont le niveau de vie se situe au-delà du plafond de la CMU-C, s'est rapidement posée. Afin de les inciter à acquérir une couverture complémentaire de bonne qualité, mais aussi pour compenser financièrement ceux en détenant déjà une, le dispositif de l'Aide complémentaire santé

(ACS) a été mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (loi du 13 août 2004) et concernait en janvier 2009 les ménages dont le niveau de vie était situé entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 20 %. En

<sup>a</sup> Université Paris-Dauphine, Laboratoire d'économie de Dauphine (Leda) - Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Legos)

<sup>b</sup> Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

pratique, ces ménages peuvent faire valoir leur droit auprès de leur Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et bénéficier d'un chèque santé (encadré Définitions). Présenté à l'organisme de complémentaire santé sollicité, ce chèque donne droit à une réduction sur le prix du contrat, dès lors que celui-ci est souscrit à titre individuel et non par l'intermédiaire de l'employeur.

La population ciblée par ce dispositif était évaluée à environ 2,2 millions d'individus en 2007 (Hcaam, 2007). Cependant, même si le nombre de bénéficiaires effectifs de l'ACS a lentement progressé depuis sa mise en place, le recours à l'ACS reste faible. Fin 2008, 596 626 attestations avaient été délivrées par les CPAM et seuls 441 948 bénéficiaires avaient effectivement utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire (Fonds CMU,

2009). En août 2010, 637 308 attestations avaient été délivrées et 537 744 effectivement utilisées (Fonds CMU, 2011). Cette réalité est d'autant plus surprenante qu'une partie importante des assurés éligibles est couverte par une complémentaire santé souscrite individuellement et qu'à ce titre, ils pourraient bénéficier de droit d'une réduction du coût de leur contrat.

Pour comprendre les motifs du non-recours à l'ACS et tester des modalités d'aménagement de ce dispositif afin d'en améliorer le recours, une expérimentation sociale a été mise en place par l'Université Paris-Dauphine en janvier 2009 auprès de 4 209 assurés sociaux de la CPAM de Lille-Douai. Ces derniers étaient potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs ressources ayant donné droit à prestations de la Caisse d'allocations familiales

(Caf) de Lille et n'ayant pas fait valoir leur droit à l'ACS à cette date.

### Comprendre le faible recours à l'ACS à l'aide d'une expérimentation sociale

Cette expérimentation a été élaborée pour tester les deux grandes hypothèses pouvant expliquer le faible recours à l'ACS. La première renvoie au défaut d'information sur le dispositif, tant sur son existence même que sur son principe de fonctionnement ou sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier. Il s'agit de la principale hypothèse expliquant le non-recours des personnes couvertes par une complémentaire santé à titre individuel et ne faisant pas valoir leur droit.

Selon une seconde hypothèse, le montant du chèque santé serait insuffisant: une fois déduit ce montant, l'achat d'une complémentaire santé laisserait un reste à payer trop important pour de nombreux ménages. En effet, avant la mise en œuvre de cette expérimentation, le chèque santé couvrait environ 50 % du prix des contrats de complémentaire santé en moyenne (Fonds CMU, 2008); ces primes pouvant par ailleurs représenter, avant déduction du chèque santé, près de 8 à 10 % du revenu disponible des ménages les plus modestes (Grignon, Kambia-Chopin, 2010 ; Jusot *et al.*, 2011 ; Perronnin *et al.*, 2011).

Pour tester ces deux hypothèses, trois groupes ont été aléatoirement constitués parmi les 4 209 assurés inclus dans l'expérimentation (encadré Méthode). Les individus du premier groupe, correspondant au groupe témoin (1 394 assurés), ont reçu un courrier les informant du dispositif national de l'ACS en vigueur à cette date ; le deuxième groupe (groupe traité 1) a reçu également un courrier les informant de l'existence du dispositif ACS mais s'est vu en outre proposer un chèque santé d'un montant majoré (1 412 assurés) et le troisième groupe (groupe traité 2) a reçu en plus d'une proposition d'aide majorée, une invitation à une réunion d'information sur le dispositif. La majoration de l'aide (groupes traités 1 et 2) correspond à une augmentation de 62,5 % à 75 % selon le

## DÉFINITIONS

### Les dispositifs CMU-C et ACS<sup>1</sup>

**La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999. Elle donne accès de droit à une couverture complémentaire gratuite aux ménages les plus pauvres. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les ménages dont le niveau de vie était inférieur à 7 447 € par an en métropole étaient éligibles (le plafond est 7 611 € au 1<sup>er</sup> janvier 2011). Ce niveau de vie est calculé sur la base des revenus des douze mois précédant la demande. Au 31 décembre 2009, 4 173 817 personnes bénéficiaient de ce dispositif.

**L'Aide complémentaire santé (ACS)** a été instaurée par la loi du 13 août 2004. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, elle concernait les ménages dont le niveau de vie annuel est situé entre 7 447 et 8 936 €, soit entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 20 %. Ce niveau de vie est calculé sur la base des revenus des douze mois précédant la demande. Le plafond maximal de ressources donnant droit à l'ACS a beaucoup augmenté depuis son instauration. La majoration du plafond de la CMU-C était de 15 % jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2007, 26 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et sera augmentée à 30 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Après instruction de la demande par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) compétente, un ménage éligible se voit délivrer un « chèque santé » (sous forme d'avoir ou de *voucher* dans la terminologie anglo-saxonne) qu'il peut faire valoir auprès d'un organisme de complémentaire santé (quel qu'il soit) au moment de l'achat d'un contrat dès lors que le contrat est souscrit à titre individuel (les individus bénéficiant d'un contrat à titre collectif, par l'intermédiaire de leur employeur, ne sont pas éligibles à l'ACS). La demande doit être renouvelée chaque année.

Le montant des chèques varie en fonction de l'âge du bénéficiaire. Ils ont été sensiblement augmentés et les tranches d'âge redessinées au 1<sup>er</sup> août 2009. Ci-dessous, les barèmes en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 ainsi que ceux en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009, c'est-à-dire au cours de la période durant laquelle l'expérimentation a été conduite. À titre indicatif, le Fonds CMU établit le prix annuel moyen des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS (ceux ayant fait valoir leur chèque santé) à 764 € en 2009 (Fonds CMU, 2010).

Barèmes de l'Aide complémentaire santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et 2010

Montants en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2009		Montants en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2010	
Moins de 25 ans	100 €	Moins de 16 ans	100 €
25-59 ans	200 €	16-49 ans	200 €
		50-59 ans	350 €
60 ans et plus	400 €	60 ans et plus	500 €

<sup>1</sup> Pour plus de détails, cf. site du Fonds CMU, <http://www.fonds-cmu.fr/>

## REPÈRES

Cette expérimentation sociale sur l'Aide complémentaire santé a été initiée par le Laboratoire d'économie et gestion des organisations de santé (Leda-Legos) de l'Université Paris-Dauphine en collaboration avec l'Irdes. Elle n'aurait pu voir le jour sans l'aide de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lille-Douai, la Caisse d'allocations familiales (Caf) de Lille et la Caisse régionale d'assurance maladie (Cram) Nord-Picardie. Elle a bénéficié du soutien financier du Haut Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté (ministère de la Jeunesse et des Solidarités actives) dans le cadre de l'appel à projets d'expérimentations sociales 2008 et de celui de la Chaire Santé, Risque Assurance de la Fondation du Risque-Allianz.

groupe d'âge du montant de l'aide nationale à cette date (encadré Méthode). Les réunions d'information (groupe traité 2) ont été conduites en amont du dépôt éventuel d'un dossier de demande d'ACS. Quel que soit le groupe, le courrier était accompagné d'un dossier de demande d'ACS à retourner à la CPAM de Lille-Douai.

Les dossiers retournés à la CPAM et les ACS effectivement accordées ont été suivis durant les six mois consécutifs au lancement de l'expérimentation. Ces données permettent d'évaluer les effets, sur

le recours à l'ACS, de l'envoi des courriers spécifiques selon les groupes. La comparaison du nombre de dossiers retournés à la CPAM et du nombre d'ACS effectivement accordées entre le groupe témoin et le groupe traité 1 permet de tester l'effet de la majoration du chèque santé ; d'autre part, la comparaison de ces indicateurs entre les groupes traité 1 et traité 2 permet de tester l'effet de l'invitation à la réunion d'information.

**Une majoration du chèque santé de 10 % augmente de 2 % la probabilité de déposer un dossier de demande d'ACS**

La réaction des assurés est tout d'abord mesurée par le nombre de dossiers complets retournés à la CPAM de Lille. Sur les 4 209 assurés, 701 dossiers complets ont été réceptionnés et ont fait l'objet d'une suite, soit un taux de retour de 17 %, globalement assez modeste (tableau 1).

La lecture du tableau 1 permet également de comparer les taux de retour par groupe. Pour le groupe témoin, 16 % des assurés ont retourné un dossier complet pour obtenir l'ACS (soit 222 dossiers). Les assurés s'étant vu proposer uniquement l'aide majorée (groupe traité 1) ont significati-

vement plus souvent complété un dossier que les assurés du groupe témoin<sup>1</sup>, avec 19 % de taux de retours. La majoration du chèque santé semble ainsi avoir un impact sur la probabilité de déposer un dossier, bien que cet impact soit limité. L'impact ci-dessus peut être mesuré par l'élasticité de la probabilité<sup>2</sup> de déposer un dossier complet par rapport au montant du chèque. Cet indicateur rend compte de la sensibilité des assurés sociaux au montant du chèque santé et montre ici qu'une augmentation du chèque santé de 10 % accroît la probabilité de compléter un dossier de 2 %.

**La majoration du chèque permet de cibler plus précisément les assurés effectivement éligibles à l'ACS**

Au-delà des dossiers complétés, on peut s'interroger sur la proportion d'individus ayant reçu un chèque santé dans le cadre

<sup>1</sup> Au seuil de significativité de 5 %.

<sup>2</sup> Cette élasticité est calculée comme le rapport du taux de croissance de la probabilité de constituer un dossier complet entre le groupe témoin et le groupe traité 1, d'une part, et du taux de croissance du montant du chèque santé entre le montant national et le montant majoré pour les moins de 59 ans (ce taux étant légèrement inférieur pour les plus de 60 ans), d'autre part. Elle s'établit à 0,22.

**T1** Nombre et taux de retour de dossiers de demande d'Aide complémentaire santé complets, par groupe d'assurés

	Dossiers de demande d'Aide complémentaire santé complets			
	Nombre d'assurés inclus dans l'expérimentation	Nombre	Proportion de dossiers par rapport au nombre d'assurés dans le groupe	Intervalle de confiance à 95 %
Groupe témoin	1 394	222	15,9 %	(14,0 % ; 17,8 %)
Groupe traité 1	1 412	262	18,6 %	(16,5 % ; 20,6 %)
Groupe traité 2	1 403	217	15,5 %	(13,6 % ; 17,4 %)
dont avec réunion <sup>a</sup>	125	35	28,0 %	(20,0 % ; 36,0 %)
sans réunion <sup>a</sup>	1 278	182	14,2 %	(12,3 % ; 16,2 %)
<b>Total</b>	<b>4 209</b>	<b>701</b>	<b>16,7 %</b>	<b>(15,5 % ; 17,8 %)</b>

<sup>a</sup> Les assurés du groupe 2 ont été classés respectivement dans les groupes « avec réunion » et « sans réunion » selon qu'ils aient ou pas participé à une réunion d'information sur le dispositif d'Aide complémentaire santé.

**Guide de lecture** (première ligne). Parmi les 1 394 assurés du groupe témoin, 222 (15,9 %) ont retourné un dossier complet de demande d'Aide complémentaire santé.

**Source**: Données de l'expérimentation ACS de l'Université Paris-Dauphine à la CPAM de Lille-Douai.

de l'expérimentation. En effet, l'ACS n'a pas été accordée par la CPAM à tous les assurés ayant renvoyé un dossier, en raison de ressources en dehors des seuils d'éligibilité. Au total, 55 % des dossiers retournés complets ont donné droit à l'ACS (tableau 2), 10 % ont donné droit à la CMU-C car les ressources des ménages étaient inférieures au seuil d'éligibilité de l'ACS et 35 % ont été refusés pour cause de ressources trop élevées (tableau 3). Parmi les 4 209 assurés inclus dans l'expérimentation, 9 % ont donc effectivement obtenu l'ACS, 2 % la CMU-C,

6 % se sont vu refuser l'ACS et la CMU-C, et 83 % n'ont fait aucune demande.

La comparaison du nombre d'ACS effectivement accordées selon les groupes conduit à des conclusions assez comparables à celles tirées de l'analyse du nombre de dossiers retournés. Néanmoins, l'écart entre le groupe témoin et le groupe traité 1 est sensiblement accentué. Le taux d'accords ACS par rapport au nombre d'assurés est de 11 % dans le groupe traité 1 contre 8 % dans le groupe témoin (tableau 2). Dans le même sens, le taux d'accords ACS

par rapport au nombre de dossiers complets envoyés est de 58 % dans le groupe traité 1 contre 50 % seulement dans le groupe témoin (tableau 2).

L'aide exceptionnelle offerte aux individus des groupes traités semble avoir sélectionné plus précisément les assurés effectivement éligibles, c'est-à-dire les plus pauvres parmi les assurés expérimentés, puisque le taux de refus en raison de ressources trop élevées est plus faible dans les groupes traités 1 et 2 que dans le groupe témoin (tableau 3).

T2

## Aides complémentaires santé (ACS) accordées, par groupe d'assurés

	Nombre d'assurés inclus dans l'étude	Nombre de dossiers de demande d'ACS complets	Aides complémentaires santé accordées				
			Nombre	Proportion de notifications par rapport au nombre d'assurés dans le groupe	Intervalles de confiance à 95 %	Proportion de notifications par rapport au nombre de dossiers complets dans le groupe	Intervalles de confiance à 95 %
Groupe témoin	1 394	222	110	7,9 %	(6,5 % ; 9,3 %)	49,6 %	(42,9 % ; 56,2 %)
Groupe traité 1	1 412	262	152	10,8 %	(9,1 % ; 12,4 %)	58,0 %	(52,0 % ; 64,0 %)
Groupe traité 2	1 403	217	125	8,9 %	(7,4 % ; 10,4 %)	57,6 %	(51,0 % ; 64,2 %)
dont avec réunion <sup>a</sup>	125	35	22	17,6 %	(10,8 % ; 24,4 %)	62,9 %	(46,0 % ; 79,6 %)
sans réunion <sup>a</sup>	1 278	182	103	8,1 %	(6,6 % ; 9,6 %)	56,6 %	(49,3 % ; 63,9 %)
<b>Total</b>	<b>4 209</b>	<b>701</b>	<b>387</b>	<b>9,2 %</b>	<b>(8,3 % ; 10,1 %)</b>	<b>55,2 %</b>	<b>(51,5 % ; 58,9 %)</b>

<sup>a</sup> Les assurés du groupe 2 ont été classés respectivement dans les groupes « avec réunion » et « sans réunion » selon qu'ils aient ou pas participé à une réunion d'information sur le dispositif ACS.

**Guide de lecture** (première ligne). Parmi les 1 394 assurés du groupe témoin, 110 ont obtenu l'ACS, soit 7,9 % des courriers envoyés et 49,6 % des dossiers complets.

**Source** : Données de l'expérimentation ACS de l'Université Paris-Dauphine à la CPAM de Lille-Douai.

T3

## Motifs de refus de l'Aide complémentaire santé (ACS), par groupe d'assurés

	Nombre d'assurés inclus dans l'étude	Nombre de dossiers de demande d'ACS complets	Ressources inférieures au seuil d'éligibilité de l'ACS, donnant droit à la CMU-C			Ressources supérieures au plafond ACS		
			Nombre	Proportion d'accords CMU-C par rapport au nombre d'assurés dans le groupe	Proportion d'accords par rapport au nombre de dossiers complets dans le groupe	Nombre	Proportion de refus ACS par rapport au nombre d'assurés dans le groupe	Proportion de refus par rapport au nombre de dossiers complets dans le groupe
Groupe témoin	1 394	222	25	1,8 %	11,3 %	87	6,2 %	39,2 %
Groupe traité 1	1 412	262	25	1,8 %	9,5 %	85	6,0 %	32,4 %
Groupe traité 2	1 403	217	21	1,5 %	9,7 %	71	5,1 %	32,7 %
dont avec réunion <sup>a</sup>	125	35	2	1,6 %	5,7 %	11	8,8 %	31,4 %
sans réunion <sup>a</sup>	1 278	182	19	1,5 %	10,4 %	60	4,7 %	33,0 %
<b>Total</b>	<b>4 209</b>	<b>701</b>	<b>71</b>	<b>1,7 %</b>	<b>10,1 %</b>	<b>241</b>	<b>5,8 %</b>	<b>34,7 %</b>

<sup>a</sup> Les assurés du groupe 2 ont été classés respectivement dans les groupes « avec réunion » et « sans réunion » selon qu'ils aient ou pas participé à une réunion d'information sur le dispositif ACS.

**Guide de lecture** (première ligne). Parmi les 1 394 assurés du groupe témoin, 25 ont obtenu une ouverture de droits à la CMU-C en raison de ressources inférieures au seuil d'éligibilité de l'ACS, soit 1,8 % du groupe et 11,3 % des dossiers de demande d'ACS complets.

**Source** : Données de l'expérimentation ACS de l'Université Paris-Dauphine à la CPAM de Lille-Douai.

### L'invitation à la réunion d'information paraît freiner le recours à l'ACS mais la participation effective à la réunion semble jouer positivement

Pour le groupe traité 2, dont les membres ont reçu une invitation à une réunion d'information ainsi qu'une proposition d'ACS majorée, le taux de retour de dossiers complets s'élève à 15,5 %. Ce taux est légèrement inférieur à celui du groupe témoin, mais pas de manière significative. En revanche, ce taux est significativement moins élevé que celui du groupe traité 1<sup>3</sup>. De manière assez inattendue, l'invitation à la réunion semble donc avoir constitué un frein au recours à l'ACS, qui a annulé l'effet positif de la majoration du chèque santé.

<sup>3</sup> Au seuil de significativité de 5 %.

T4

#### Probabilité de participer à une réunion d'information sur le dispositif ACS (groupe traité 2)

	Odds-ratios
<b>Conditions de travail</b>	
Âge	1,14 ***
Âge <sup>2</sup>	0,99 ***
Femme	0,84
<b>Régime de l'assuré</b>	
<i>En emploi</i>	<i>Réf.</i>
Invalidité	0,62
Retraite	0,61
Sans emploi	0,84
Ayant droit enfant de moins de 3 ans	1,55
CMU-C en 2007	0,94
Complémentaire santé en 2008	0,63 **
Affection de longue durée en 2008	1,88 **
<b>Dépenses en soins ambulatoires en 2008</b>	
Inférieures à 200 €	0,60 *
Entre 200 et 700 €	0,47 **
Entre 700 et 2 000 €	1,00
<i>Supérieures ou égales à 2 000 €</i>	<i>Réf.</i>
N	1 403

Seuil de significativité: \* 10 %; \*\* 5 %; \*\*\* 1 %.

Source: Données de l'expérimentation ACS de l'Université Paris-Dauphine à la CPAM de Lille-Douai.

Il convient toutefois d'éclairer ce résultat au regard de la participation effective à la réunion. Parmi les 1 403 assurés du groupe traité 2, seuls 125 se sont effectivement rendus à la réunion d'information à laquelle ils étaient invités (soit 9 %). Parmi ces derniers, 35 ont retourné un dossier complet. Le taux de retour de dossiers complets s'établit donc à 28 % parmi les personnes ayant effectivement participé à la réunion. Au contraire, parmi les 1 278 assurés du groupe traité 2 qui ne sont pas allés à la réunion d'information, le taux de retour n'est que de 14 %.

Ces résultats pourraient amener à conclure, d'une part, que les réunions d'information ont favorisé le recours à l'ACS des personnes qui y ont effectivement participé et, d'autre part, qu'une partie des assurés du groupe traité 2 ne s'étant pas rendus à la réunion ont tenu pour obligatoire leur présence, et n'ont pas jugé bon d'entreprendre des démarches dès lors qu'ils ne pouvaient s'y rendre.

L'analyse des déterminants de la participation à la réunion montre que les individus présents ont un profil particulier : ils sont plus âgés, plus souvent pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale dans le cadre d'une Affection de longue durée (ALD), sans complémentaire santé en début d'expérimentation et ont engagé des dépenses de santé plus importantes en 2008 (tableau 4). On peut donc se demander si leur recours plus important à l'ACS ne s'explique pas simplement par ce profil particulier plus que par le fait d'avoir assisté à la réunion.

Afin de répondre à cette question, des méthodes d'appariement<sup>4</sup> ont été mises en œuvre, qui confirment l'efficacité de la réunion : les participants ont un taux de retour de dossiers complets de demande d'ACS de 10 à 12 points de pourcentage plus élevé. Assister à la réunion augmente donc significativement la probabilité de compléter un dossier, quelles que soient les caractéristiques observables des assurés.

<sup>4</sup> Leur principe consiste à comparer les taux de dossiers complets entre le sous-groupe des individus s'étant rendu à la réunion et le sous-groupe ne s'y étant pas rendu ayant les caractéristiques observables les plus proches des individus ayant participé. Pour plus de détails, se référer à Guthmuller et al. (2010).

Cette démonstration n'est pourtant pas suffisante, les variables à notre disposition ne caractérisant qu'imparfaitement les individus. Ces derniers diffèrent évidemment par bien d'autres dimensions, dont certaines peuvent à la fois expliquer leur propension à se rendre à la réunion et à compléter un dossier, par exemple l'intérêt qu'ils portent à leur santé. Autrement dit, il est possible que les estimations précédentes attribuent à la réunion un effet sur le comportement de recours qui est en réalité le fait de variables inobservées. Les données dont nous disposons aujourd'hui ne nous permettent pas encore d'aller plus loin sur ce point.

### Un dispositif qui a du mal à toucher sa cible en raison, notamment, de sa complexité

Cette expérimentation montre notamment la difficulté de mettre en place une campagne d'information sur ce dispositif qui, au final, touche difficilement sa cible.

En dépit de l'envoi d'un courrier à l'ensemble des assurés sociaux potentiellement éligibles, moins d'une personne sur cinq a finalement retourné un dossier pour demander l'ACS (taux de retour de 17 %). Autre fait troublant, le taux de retour des dossiers ainsi que sa sensibilité au montant de l'aide sont très similaires parmi les personnes déjà couvertes par une complémentaire santé (66 % de l'échantillon) et les personnes initialement non couvertes (33 %)<sup>5</sup>. Pourtant, l'ACS se présente comme une aubaine pour les personnes ayant déjà engagé des dépenses pour l'achat d'un contrat de complémentaire santé<sup>6</sup> dont on aurait pu attendre un

<sup>5</sup> En effet, le taux de retour de dossiers des personnes initialement couvertes est de 16 % dans le groupe témoin et 19 % dans le groupe traité 1 contre respectivement 15 % et 18 % pour les personnes non couvertes, ces différences n'étant pas significatives. De même, on ne note aucune différence significative de l'élasticité du taux de recours au montant du chèque selon la couverture (0,23 pour les personnes initialement couvertes contre 0,21 pour les non couvertes).

<sup>6</sup> Rappelons toutefois que les personnes couvertes dans le cadre d'un contrat collectif obtenu par le biais de l'employeur ne sont pas éligibles à l'ACS. Néanmoins, compte tenu des caractéristiques sociales de la population cible de l'ACS, ce critère d'inéligibilité ne peut expliquer à lui seul l'absence de recours massif à l'ACS des personnes initialement couvertes.

recours massif, augmenté d'autant par la majoration du « chèque santé ». Enfin, au sein du groupe traité 2, seules 9 % des personnes invitées ont effectivement participé à la réunion d'information.

Ces résultats posent d'emblée la question du nombre de courriers qui sont réellement parvenus aux assurés. Celui-ci n'est pas connu précisément mais il est probable que certaines adresses, pourtant transmises par la CPAM de Lille-Douai et la Caf de Lille, aient été erronées, et ce d'autant plus que la mobilité est étroitement associée à la précarité.

Ils illustrent en outre la difficulté pour une CPAM de communiquer sur un dispositif, tant sur son existence que sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier. Le faible succès de la campagne d'information par courrier et la complexité du dispositif de l'ACS appellent sans doute la mise en place d'une information directe, en face-à-face. Cependant, nos résultats

## MÉTHODE

### L'expérimentation ACS de l'Université Paris-Dauphine à la CPAM de Lille-Douai

#### Contexte

Cette expérimentation sociale menée par l'Université Paris-Dauphine a été mise en œuvre à la CPAM de Lille-Douai car celle-ci offrait, avant la mise en place de l'expérimentation, une prise en charge spécifique aux assurés sociaux se présentant à ses bureaux pour bénéficier de la CMU-C et relevant en fait de l'ACS. Au cours d'une réunion d'information à laquelle ils étaient invités, une majoration du montant du chèque santé financée sur le fonds de l'aide sociale leur était proposée. Ce dispositif d'aide spécifique visait donc à améliorer le recours à l'ACS mais ne concernait pas l'ensemble de la population éligible à l'ACS. Seules les personnes souhaitant bénéficier de la CMU-C, ayant essuyé un refus en raison de ressources trop élevées et ayant effectivement participé à la réunion d'information à laquelle elles étaient invitées, pouvaient en bénéficier. En janvier 2009, la CPAM de Lille-Douai a accepté de mettre en œuvre une expérimentation sociale visant à tester la généralisation à un échantillon de la population éligible d'une majoration de l'aide et de la conduite de réunions d'information, sur la base de ses pratiques antérieures.

#### Sélection de la population incluse dans l'expérimentation

L'expérimentation, lancée en janvier 2009, s'est appuyée sur la campagne nationale d'information sur le dispositif ACS par courrier lancée en 2008, concrètement organisée au niveau de chaque CPAM. L'ensemble des assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS et relevant de la CPAM de Lille-Douai ont été identifiés à la fin de l'année 2008 sur la base de leurs ressources de l'année 2007 ayant donné droit à des prestations par la Caisse d'allocations familiales (Caf) de Lille en 2008 à l'aide d'une requête informatique originellement conçue par l'Observatoire des non-recours aux droits et services de Grenoble (Odenore) (Revil, 2008). Parmi l'ensemble des assurés sociaux de la CPAM de Lille-Douai potentiellement éligibles à l'ACS n'ayant pas fait valoir leur droit à la fin de l'année 2008, 4 209 personnes ont été aléatoirement sélectionnées pour participer à cette expérimentation.

#### Le design de l'expérimentation

Les 4 209 assurés sociaux sélectionnés ont été aléatoirement répartis en trois groupes. Les individus du premier groupe (1 394 assurés), correspondant au groupe témoin, ont reçu un courrier<sup>1</sup> (fin janvier 2009) les informant du dispositif national de l'ACS en vigueur à cette date; les individus du deuxième groupe (1 412 assurés), correspondant au premier groupe traité (groupe traité 1), ont reçu le même type de courrier (début février 2009) stipulant un montant majoré du chèque santé; les individus du troisième groupe (1 403 assurés), correspondant au deuxième groupe traité (groupe traité 2), se sont vu proposer par courrier (en février/mars 2009) la même majoration du chèque santé et une invitation à une réunion d'information à la CPAM de Lille formalisée par l'envoi d'un second courrier la semaine suivante. La majoration de l'aide correspond à une augmentation de 62,5 % à 75 % du montant de l'aide nationale selon le groupe d'âge, les montants d'aide offerts à chaque groupe étant récapitulés dans le tableau ci-après<sup>2</sup>.

Les courriers envoyés par la CPAM de Lille-Douai étaient accompagnés du formulaire de demande d'ACS que les éligibles potentiels étaient invités à retourner pour évaluation de leur éligibilité effective à l'ACS. En effet, les fichiers transmis

<sup>1</sup> Les courriers reçus par les personnes expérimentées sont présentés dans Wittwer *et al.*, 2010.

<sup>2</sup> Les montants de la majoration correspondent à ceux de l'aide exceptionnelle qui était accordée par la CPAM de Lille-Douai, ce qui explique le caractère non homogène du taux de majoration. La majoration du chèque était proposée pour une durée de deux ans, le montant de l'aide supplémentaire étant diminué de 50 % la deuxième année.

Montants d'Aide complémentaire santé (ACS) offerts dans le cadre de l'expérimentation

	Groupe témoin	Groupes traités 1 et 2
Moins de 25 ans	100	175
Entre 25 et 59 ans	200	350
60 ans et plus	400	650

par la Caf ne permettaient de cibler que la population susceptible d'être éligible sans garantir que les ménages le soient effectivement puisque, comme précisé plus haut, les fichiers de la Caf ont été constitués sur la base des revenus de l'année 2007 alors que l'éligibilité à l'ACS est déterminée sur les ressources des douze derniers mois.

#### Réunions d'information

Les réunions d'information se sont tenues en amont, avant instruction par la CPAM des dossiers. Une douzaine de réunions a été organisée de février à avril 2009, au rythme d'environ deux par semaine, le jeudi matin et le samedi matin. C'est la raison pour laquelle les courriers du deuxième groupe traité ont été envoyés par vagues successives sur deux mois afin de pouvoir gérer le flux des ménages répondant favorablement à l'invitation à la réunion d'information.

Ces réunions visaient à informer les assurés sociaux sur le dispositif de l'ACS et les formalités nécessaires pour en bénéficier. Elles étaient conduites par une assistante sociale rémunérée spécifiquement pour cette tâche et ont été observées par une anthropologue.

#### Le recueil des données expérimentales

Le retour des dossiers à la CPAM et les notifications effectives d'ACS ont été observés entre le 21 janvier (date de l'envoi de la première vague des courriers) et le 30 juillet 2009 (date de fin de l'expérimentation) par le service des prestations de la CPAM de Lille-Douai<sup>3</sup>. Les données recueillies par la CPAM permettent de connaître pour chaque assuré appartenant à l'échantillon expérimenté: son groupe d'appartenance; si un dossier de demande ACS a été complété et adressé ou non à la CPAM; si après examen du dossier, l'ACS a été notifiée ou non par les services de la CPAM, c'est-à-dire si l'ACS a été accordée; en cas de refus, si celui-ci est motivé par des ressources trop élevées ou au contraire trop faibles, ce qui a conduit à ouvrir les droits à la CMU-C. Enfin, pour les assurés appartenant au groupe traité 2, la venue à la réunion a été recueillie.

#### Appariement des données expérimentales aux données administratives de la CPAM de Lille-Douai

Ces données ont ensuite été appariées aux données administratives de la CPAM contenant des informations sur l'âge, le sexe, le régime de remboursement au 31 décembre 2008 (salarié, retraité, sans emploi, bénéficiaire d'une pension d'invalidité, d'une rente ou de l'Allocation adulte handicapé (AAH), bénéficiaire d'une ALD), les dépenses de soins ambulatoires en 2008, ainsi que sur le statut vis-à-vis de la complémentaire santé avant le début de l'expérimentation et le fait d'avoir bénéficié de la CMU-C en 2007. Ces données complémentaires ont notamment permis de vérifier que la constitution aléatoire des groupes expérimentés conduit à des distributions des variables observées très similaires (voir Wittwer *et al.*, 2010; Guthmuller *et al.*, 2010 et 2011).

<sup>3</sup> Voir Wittwer *et al.* (2010) pour plus d'informations sur le personnel mobilisé à la CPAM de Lille pour la mise en œuvre pratique de l'expérimentation et une analyse qualitative de leur opinion sur l'expérimentation.

montrent également que l'invitation à s'informer dans les locaux de la CPAM décourage certains d'entreprendre des démarches. Ceci légitime certainement de recourir à des institutions tiers (associations, mutuelles, assistantes sociales...) pour diffuser l'information (Chauveaud et Warin, 2009).

Par ailleurs, parmi les dossiers retournés à la CPAM de Lille-Douai, seuls 55 % ont au final donné lieu à une notification effective de l'ACS, conduisant seulement 9 % des personnes incluses dans l'expérimentation à obtenir l'ACS. Ce taux de refus des dossiers est considérable pour une population présélectionnée au regard de ses ressources et des prestations sociales perçues par la Caf. Il s'agit d'un élément essentiel à prendre en compte. Le coût des démarches à entreprendre pour les personnes potentiellement éligibles est sans doute très sensiblement renforcé par la faible probabilité de succès. Ceci est commun à toutes les prestations sous conditions de ressources mais particulièrement renforcé dans le cas de l'ACS, compte tenu de la complexité des critères d'éligibilité et de l'étroitesse de la cible de niveaux de vie.

Ces intuitions sont confirmées par l'analyse qualitative qui a été menée pour recueillir les besoins et les attentes des personnes ciblées par l'ACS, d'une part lors de l'observation des réunions, et d'autre part lors d'entretiens approfondis avec des bénéficiaires potentiels dont certains étaient venus à la réunion (encadré ci-contre ; pour une présentation détaillée voir Wittwer *et al.* 2010).

\* \* \*

Le choix d'expérimenter un dispositif réaliste, mis en œuvre *in vivo*, permet d'éclairer de façon pragmatique les politiques visant à améliorer le recours à l'ACS. En raison du coût élevé et des difficultés de mise en œuvre d'une expérimentation sociale, celle-ci n'a été conduite que sur un seul site et auprès de 4 209 assurés. La population étudiée n'est donc représentative que de la population potentiellement éligible à l'ACS à Lille, qui présente certainement des caractéristiques particulières. De même, l'efficacité des modifications du dispositif ACS proposées est dépen-

## Analyse qualitative

### Les besoins et attentes des personnes potentiellement éligibles à l'ACS

En complément de l'analyse quantitative du recours des individus à l'ACS et de leur participation à la réunion, une analyse qualitative a également été menée. Celle-ci a contribué à recueillir les besoins et les attentes des personnes ciblées par l'ACS par deux types de méthodes complémentaires : une observation d'une partie des réunions d'information et des entretiens approfondis avec des bénéficiaires potentiels dont certains étaient venus à la réunion (voir Wittwer *et al.* 2010, pour une présentation détaillée).

Deux profils de personnes participant aux réunions ont pu être identifiés :

1. Des individus qui s'approprient les éléments d'information qui leur sont fournis et évaluent par eux-mêmes s'ils sont éligibles :
  - certains d'entre eux ont pu constater lors de la réunion que ce n'était pas le cas et dès lors n'ont pas déposé de dossier.
2. Des individus qui avaient des difficultés à comprendre le dispositif, les barèmes, les démarches à entreprendre :
  - la réunion n'a pas suffi à lever leurs difficultés : certains ont probablement besoin d'un accompagnement individualisé (lors de la réunion, l'animatrice ne pouvait pas assurer cette aide) ;
  - cela ne préjuge pas du non-dépôt du dossier car quelques-uns ont été chercher cet accompagnement auprès d'une assistante sociale ou d'un agent d'accueil de la Sécurité sociale, comme les entretiens le démontrent ;
  - d'autres ont abandonné les démarches.

Ces éléments révèlent qu'au-delà de l'information sur l'existence même du dispositif, sa complexité et les démarches à entreprendre pour y accéder découragent une partie des personnes éligibles. L'ACS est un dispositif complexe. Pour en comprendre l'intérêt, un pré requis est nécessaire, à savoir comprendre le système de protection sociale et les modalités de remboursement des soins (par l'Assurance maladie obligatoire et par les organismes complémentaires).

De plus, elle suppose deux niveaux de démarche : le dépôt du dossier de demande (équivalent au dépôt de dossier CMU-C), puis le choix d'une complémentaire santé, ce qui suppose de se repérer dans une offre de marché abondante et concurrente avec des contrats à plusieurs niveaux, difficiles à interpréter, notamment pour une partie de cette population en difficulté avec le jargon administratif et *a fortiori* assurantiel. Ce choix doit en outre être mis en regard des besoins de santé dans le futur, difficiles à évaluer.

L'observation des réunions permet également de mettre en avant un des obstacles au dispositif, à savoir les difficultés à comprendre le langage administratif. Ainsi, nombre de personnes sont venues sans trop savoir quel était l'objet de la réunion. Une partie d'entre elles pensait être convoquée, d'autres cherchaient à glaner des informations sur une aide possible et souhaitaient « ne pas passer à côté d'un droit », sans saisir correctement la teneur de cette aide. La communication par courrier entre la Caisse et les usagers reste donc problématique pour cette frange de la population et constitue un obstacle à la diffusion large de l'information.

dante de l'institution qui l'a conduit et des relations qu'elle entretient avec ses assurés sociaux, surtout les plus modestes. Rien ne dit donc qu'une même expérimentation sur une population similaire aurait eu les mêmes effets dans une autre CPAM. Enfin, comme toute expérimentation, celle-ci est limitée dans le temps. Elle ne permet donc pas d'observer les éventuelles répercussions à long terme de la majoration du chèque santé en complémentarité avec la lente diffusion de l'information.

Cette expérimentation montre que la majoration du montant du « chèque santé » améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les populations effectivement éligibles. Cela semble donc supposer un effet positif sur le recours à l'ACS de l'augmentation du montant légal de l'aide mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2010 pour les personnes éligibles âgées de 50 ans et plus (encadré Définitions). Néanmoins, cette majoration étant d'un montant plus faible que celui proposé dans le cadre de cette expé-

rimentation, on ne peut s'attendre qu'à un effet d'une ampleur très modeste. Cette expérimentation suggère également que la question centrale du non-recours n'est sans doute pas celle du coût de la complémentaire santé mais davantage celle de l'accès à l'information et de la difficulté des démarches. Néanmoins, elle montre également la difficulté de toucher la cible par une campagne d'information par courrier, telle que celle mise en œuvre au niveau national en 2008-2009, et le caractère contre-productif de l'invitation à une réunion d'information. Elle suggère enfin que l'incertitude pesant sur l'éligibilité est certainement un facteur aggravant du non-recours à l'ACS. A ce titre, l'élargissement de la cible au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (encadré Définitions) peut constituer une première piste pour favoriser le recours à ce dispositif. Les politiques testées ici ont cependant un effet globalement modeste qui ne permettra pas de résoudre le problème du non-recours à l'ACS. D'autres types d'interventions et de politiques sont sans doute à envisager. ◆

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Boisguérin B., Després C., Dourgnon P., Fantin R., Legal R. (2010). « Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins », In *Santé, soins et protection sociale en 2008*. Paris, Irdes, 2010/06, 31-40.
- Chauveaud C. et Warin P. (2009). « Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux. Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles », Odenore, collection Etude, n° 32.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale du 26 septembre 2006 (2006). « Présentation du PLFSS 2007 ».
- Fonds CMU (2008). « L'Aide à la complémentaire santé en 2007 », Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'Aide complémentaire santé en 2007 (en application de l'article L.863-5 du code de la Sécurité sociale), juin 2008.
- Fonds CMU (2009). Rapport d'activité 2008 du Fonds CMU, 13 mai 2009, <http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%202008.pdf>
- Fonds CMU (2010). « L'Aide à la complémentaire santé en 2009 », Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'Aide complémentaire santé en 2009 (en application de l'article L.863-5 du Code de la Sécurité sociale), juin 2010.
- Fonds CMU (2011). « Bénéficiaires de l'ACS. Séries mensuelles des attestations délivrées et trimestrielles des attestations utilisées », 2 février 2011, <http://www.cmu.fr/userdocs/PrevACS.02.02.2011.pdf>
- Grignon M., Kambia-Chopin B. (2010). « Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ? », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 161.
- Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Després C. (2010). « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille », Document de travail Irdes n° 36. 2010/12.  
A paraître aussi sur le site du Leda-Legos: <http://www.legos.dauphine.fr/>
- Haut Conseil à l'avenir de l'Assurance maladie (2007). « Rapport 2007 du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, juillet 2007 ».
- Jusot F., Perraudin C., Wittwer J. (2011). « Les déterminants des dépenses de la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête budget de famille 2006 », Document de travail Leda-Legos, à paraître en ligne: <http://www.legos.dauphine.fr/>
- Jusot F. et Wittwer J. (2009). « L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 5, n° 1, pp. 102-109.
- Perronin M., Pierre A. et Rochereau T. (2011). « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 161, janvier.
- Revil H. (2008). « Identifier des populations en non-recours aux dispositifs de l'Assurance maladie : proposition de méthode », *Recherches et Prévisions*, n° 93, pp. 102-109.
- Wittwer J., Jusot F., Guthmuller S., Després C. et Renaud T. (2010). « Le recours à l'Aide complémentaire santé à Lille : résultats d'une expérimentation sociale », Rapport final dans le cadre de l'appel à projet d'expérimentations.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ 10, rue Vauvenargues 75018 Paris [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07 • Email: [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr) •

**IRDES**

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Rédactrice : Anna Marek •  
Relecteurs : Paul Dourgnon, Camille Regaert • Correctrice : Martine Broïdo • Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault  
Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.

### Prochains thèmes traités dans *Questions d'économie de la santé*



- Le point de vue des usagers sur la médecine générale
- Santé, pénibilité et récompense au travail des seniors
- Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine
- Composition et implantation des centres de santé (Étude Epidaure)
- Patientèle des centres de santé (Étude Epidaure)

**Contact abonnements :** [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr)

Suzanne Chriqui (01 53 93 43 06) et Sandrine Béquignon (01 53 93 43 17)

Pour être informé des activités et publications de l'Irdes, abonnez-vous à la Lettre d'information de l'Irdes <http://www.irdes.fr/LettreInfo>