

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/195-comment-expliquer-le-non-recours-a-l-aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante.pdf>


Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ?

Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009

Sophie Guthmuller (Université de Bordeaux, Isped),
Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, Leda-Legos et Irdes), Thomas Renaud (Tecsta),
Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux, Isped, Leda-Legos)

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif, sous la forme d'une aide financière, mis en place en 2005 pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond de l'éligibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS est important, seules 22 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2011 (Fonds CMU, 2012). Comprendre les raisons du non-recours apparaît, dans ce contexte, essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux personnes aux revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé. Suite à une expérimentation sociale, une enquête a été réalisée en 2009 à Lille auprès de personnes potentiellement éligibles à l'ACS afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs motivations ou blocages à recourir au dispositif.

Les résultats de cette enquête montrent que la population identifiée comme éligible à l'ACS à Lille est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Le taux de recours à l'ACS est néanmoins faible puisque seules 18 % des personnes ont entrepris des démarches pour l'obtenir. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.

 a généralisation de l'accès à la complémentaire santé est au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée par la ministre de la santé, Marisol Touraine, le 13 septembre 2013. L'Assurance maladie couvre en

moyenne 75,5 % des dépenses de santé mais seulement 63 % des soins courants, ses remboursements concernant principalement les dépenses hospitalières et les dépenses des 15 % de la population souffrant d'une affection de longue

durée (ALD) [Bras et Tabuteau, 2012]. L'absence de couverture complémentaire, et les restes à charge conséquents qui en découlent constituent donc un obstacle

E

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Le dispositif de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), mis en place au 1^{er} janvier 2005 est une aide financière qui s'applique uniquement aux contrats individuels et dits « responsables ». Elle s'adresse aux ménages ayant des ressources jusqu'à 35 % supérieures au plafond de l'octroi de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2014 (entre 716 € et 967 € par mois pour une personne seule) et son montant varie en fonction de l'âge des personnes couvertes par le contrat*.

Un an après la mise en place du dispositif, on comptait environ 200 000 bénéficiaires de l'ACS alors que le nombre de bénéficiaires potentiels initialement estimé par le gouvernement était d'environ 2 millions de personnes. Le nombre de bénéficiaires a augmenté depuis et se chiffre au début de cette étude, en décembre 2008, à un peu moins de 600 000. Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS reste très élevé : plus de 80 % fin 2008 selon les estimations du Fonds CMU (2009). Selon les dernières estimations du modèle de micro-simulation Ines (Insee-Études sociales), ce taux est évalué à 78 % pour l'ACS en 2011 (Fonds CMU, 2012).

Pour plus d'information, voir le site du Fonds CMU : <http://www.cmu.fr>

* Depuis son introduction en 2005, le champ des personnes éligibles ainsi que le montant de l'aide ont été revus à plusieurs reprises.

au recours aux soins, en particulier pour les ménages les plus pauvres. De nombreux travaux ont souligné l'importance des inégalités sociales d'accès aux soins en France par rapport aux autres pays européens, surtout pour les soins préventifs et de spécialistes, et le rôle joué par l'assurance complémentaire (Dourgnon *et al.*, 2012a ; Jusot *et al.*, 2012 ; Jusot, 2013 ; Devaux, 2013).

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour généraliser l'accès à la complémentaire santé (Jusot *et al.*, 2012), en particulier dans la population modeste : depuis 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), propose une couverture complémentaire gratuite aux ménages ayant un revenu inférieur à 716 euros pour une personne seule (5 % de la population) ; depuis 2005, le dispositif de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), vise à aider les ménages ayant des revenus juste au-dessus du seuil donnant droit à la CMU-C à accéder à une couverture complémentaire santé (encadré). Il s'agit d'une aide financière pour réduire le montant de la prime annuelle d'un contrat d'assurance complémentaire santé acheté à titre individuel. Si la CMU-C a effectivement permis de réduire le renoncement aux soins des plus pauvres (Dourgnon *et al.*, 2012b), le succès de l'ACS est en revanche plus mitigé en raison d'un non-recours considérable. Selon les dernières estimations (Insee-Études sociales), seules 22 % des personnes éligibles à l'ACS avaient fait valoir leurs droits en 2011 (Fonds CMU, 2012).

Le non-recours à l'ACS est un obstacle à la généralisation de la couverture complémentaire santé en France, les raisons financières restant le premier motif de non-couverture. Malgré une baisse rapide du nombre de personnes non couvertes depuis cinq ans, 4 % restent sans couverture complémentaire aujourd'hui, la plupart étant pourtant éligibles à cette aide (Dourgnon *et al.*, 2012a). De plus, les deux tiers des personnes éligibles à l'ACS ne faisant pas valoir leurs droits sont en fait couvertes par une complémentaire santé souscrite individuellement. A ce titre, elles pourraient bénéficier de plein droit d'une réduction du coût de leur contrat, ce

qui pourrait leur permettre soit d'alléger leurs dépenses de complémentaire santé, soit de souscrire des contrats de meilleure qualité.

Dans ce contexte, comprendre les raisons du non-recours à l'ACS est essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux ménages modestes d'accéder à une complémentaire santé. Trois types de facteurs peuvent expliquer la non-perception d'une aide : la non-connaissance, c'est-à-dire le manque d'information ; la non-demande, soit par choix (l'aide n'est pas assez avantageuse, l'achat d'une complémentaire santé laissant, une fois déduit le montant du chèque santé, un reste à payer trop important pour de nombreux ménages) soit par contrainte (découragement devant la complexité des démarches ou crainte de stigmatisation) ; la non-perception : l'individu fait la demande mais ne perçoit pas l'aide (Odenore, 2012). Ces facteurs dépendent également de l'environnement culturel et social qui peut affecter la capacité de l'individu à recueillir des informations et demander une prestation. La décision de recourir à une prestation sociale varie en fonction des caractéristiques individuelles (Remler *et al.*, 2001). Il peut exister des « facteurs déclencheurs », par exemple une baisse soudaine du revenu ou une dégradation de l'état de santé (van Oorschot, 1991). Ces facteurs peuvent être pertinents pour expliquer le non-recours à un programme d'assurance santé comme l'ACS car les coûts liés à sa demande (s'informer sur le dispositif et sur les conditions d'éligibilité, compléter et retourner le formulaire de demande, rassembler les justificatifs nécessaires...) sont immédiats, alors que le bénéfice de la prise en charge des soins par la couverture complémentaire peut se présenter seulement dans le futur, c'est-à-dire quand un choc de santé survient (Remler *et al.*, 2001).

Afin de mieux connaître les caractéristiques des personnes éligibles à l'ACS et les déterminants qui conditionnent le recours ou le non-recours à cette aide, une enquête spécifique a été réalisée en septembre 2009 auprès d'une population aux revenus modestes, potentiellement éligibles à l'ACS au regard de

REPÈRES

Cette étude repose sur une enquête qui fait suite à une expérimentation sociale initiée par le Laboratoire d'économie et gestion des organisations de santé (Leda-Legos) de l'Université Paris-Dauphine en collaboration avec l'Irdes et qui a donné lieu à une première publication en 2011 (Guthmuller *et al.*, 2011 ; Guthmuller *et al.*, 2014). Cette enquête a bénéficié du soutien financier du Haut Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté dans le cadre de l'appel à projets d'expérimentations sociales 2008, de celui de la Chaire Santé, placée sous l'égide de la Fondation du risque (FDR) en partenariat avec PSL, Université Paris-Dauphine, l'Ensaie et la MGEN, ainsi que du Fonds CMU. L'enquête et l'expérimentation n'auraient 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. L'exploitation de l'enquête a donné lieu à un rapport pour le Fonds CMU (Guthmuller *et al.*, 2013).

leurs revenus fiscaux 2007 déclarés à la Caisse d'allocations familiales (Caf) en 2008 dans la métropole lilloise (encadrés Méthode et Repères). Cette enquête fait suite à une expérimentation sociale dont l'objectif était de tester l'influence d'une modification du dispositif ACS sur le comportement des bénéficiaires potentiels (Guthmuller *et al.*, 2011 ; Guthmuller *et al.*, 2014). Elle vise à approfondir et compléter cette analyse en dressant le profil des individus éligibles et en étudiant les motivations de la demande d'ACS et, à l'inverse, les blocages persistants. En effet, la cible de l'ACS est trop étroite pour que la population des personnes éligibles puisse être étudiée à partir des enquêtes réalisées en population générale.

Quel est le profil des bénéficiaires potentiels de l'ACS ?

Les personnes dont le profil est présenté composent l'échantillon de 1 038 individus âgés de 18 ans et plus bénéficiaires potentiels de l'ACS de Lille enquêtés en septembre 2009. Ce profil est comparé aux caractéristiques des répondants âgés de 18 ans et plus de l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes de 2008 (ESPS, 2008) disponibles dans le rapport de l'enquête 2010. Le but de cette comparaison est de souligner les spécificités socio-économiques et de santé de la population des bénéficiaires potentiels de l'ACS de Lille par rapport à la population générale. Certaines différences peuvent toutefois être liées au mode d'échantillonnage de l'enquête dans les fichiers des bénéficiaires de la Caf et aux caractéristiques spécifiques des personnes ayant participé à l'enquête. Cependant, la diversité des aides utilisées pour le ciblage garantit l'hétérogénéité de la population ciblée en termes de groupes d'âge (minimum vieillesse, Allocation adulte handicapé (AAH), etc.). Enfin, l'enquête porte sur des personnes identifiées comme potentiellement éligibles sur la base des informations sur les revenus de 2007 dont disposait la Caf au moment de l'enquête. Une partie de l'échantillon pouvait donc être finalement inéligible, comme l'a montré l'examen des

ressources de l'année 2008 dans les fichiers de la Caf après cette enquête.

Une population confrontée à des difficultés économiques et sociales

L'âge moyen de la population enquêtée est de 45,5 ans (46,8 ans dans l'enquête ESPS 2008) et l'échantillon est composé de 45 % d'hommes. On note des spécificités en termes de configuration familiale : les personnes seules sont largement surreprésentées par rapport à

la population générale (25,8 % contre 19,0 % dans ESPS 2008), notamment les femmes (18,2 % contre 11,1 %). C'est aussi le cas des couples avec enfants (54,4 % contre 40,7 %), alors que les couples sans enfant, le plus souvent des seniors (10,1 % contre 29,1 %), sont sous-représentés. Les familles monoparentales sont très légèrement surreprésentées (9,7 % contre 8,2 %).

La majorité des enquêtés sont actifs occupés, proportion comparable à

MÉTHODE

L'enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille-Douai

Contexte

Cette étude repose sur l'échantillon de 4 209 assurés sociaux de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lille-Douai qui ont participé à une expérimentation sociale en 2009 (Guthmuller *et al.*, 2011 ; Guthmuller *et al.*, 2014). Il s'agit d'assurés identifiés comme potentiellement éligibles à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dans le cadre de la campagne nationale d'information sur le dispositif ACS lancée en 2008, sur la base de la déclaration des ressources de 2007 donnant droit aux prestations délivrées par la Caisse d'allocations familiales (Caf) de Lille en 2008. L'analyse présentée ici s'appuie principalement sur les réponses des assurés à une enquête réalisée après l'expérimentation en septembre 2009 afin de recueillir des informations sur les caractéristiques sociales, l'état de santé, le recours aux soins et la couverture complémentaire, ainsi que des informations subjectives sur les raisons du non-recours.

L'enquête

Parmi les 4 209 assurés ayant participé à l'expérimentation, seuls les individus vivant en ménage ordinaire (hors institution), disposant d'un numéro de téléphone fixe ou portable, n'étant ni sous tutelle ni curatelle, ont été retenus. Parmi les 3 249 personnes de la population de référence de l'enquête, seuls 1 449 entretiens ont été réalisés. Cette déperdition est majoritairement imputable aux personnes injoignables et aux numéros de téléphone erronés et, dans une moindre mesure, aux refus de participer à l'enquête, aux abandons en cours d'entretien et aux difficultés de maîtrise et de compréhension du français. A ces écueils classiques, un dernier motif d'exclusion s'ajoute *a posteriori* : le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Sur la base des ressources de l'année 2007, 156 personnes tirées au sort et contactées se sont avérées en fait être bénéficiaires de la CMU-C au moment de l'enquête et ont donc été exclues de l'échantillon.

Appariement avec les données de la Caf et de la CPAM

Ces données d'enquête ont été appariées aux données administratives de la CPAM. Les informations contenues dans les fichiers de l'Assurance maladie permettent de calculer pour chaque assuré (en ALD ou pas) le reste à charge sur l'ensemble des soins ambulatoires pris en charge pour l'année 2008 (le reste à charge = coût du soin - part prise en charge).

En outre, les données de ressources de 2008 déclarées à la Caf afin de bénéficier de prestations en 2009 ont été recueillies auprès de la Caf en 2011 afin de réévaluer l'éligibilité des enquêtés à l'ACS en 2009. De plus, la connaissance de la perception de certaines prestations en 2008, comme l'Allocation logement, l'Allocation adulte handicapé (AAH) ou les prestations d'accueil des jeunes enfants (Paje), permet d'affiner le calcul de l'éligibilité.

Parmi les 1 449 ménages interviewés, les données d'enquête n'ont pas pu être appariées avec les données Caf pour 301 enquêtés qui n'étaient plus allocataires de la Caf en 2011. Ces derniers sont plus jeunes (37 ans en moyenne contre 45 ans pour les enquêtés allocataires en 2011), ont plus souvent un emploi et sont 42 % à avoir un diplôme universitaire (contre 10 % pour les enquêtés allocataires). Ils sont enfin plus nombreux à déclarer un très bon ou un bon état de santé. Outre les enquêtés non allocataires de la Caf en 2011, ont été exclus de l'analyse les 110 enquêtés qui avaient un revenu par unité de consommation (UC) supérieur au deuxième décile de niveau de vie en 2008 (= 13 330 € en 2008 ; Insee, 2010) afin de concentrer l'analyse sur les individus pauvres potentiellement éligibles à l'ACS. L'échantillon final se compose ainsi de 1 038 individus.

Pour plus d'informations, consulter le rapport disponible sur le site du Fonds CMU (Guthmuller *et al.*, 2013).

celle observée en population générale (53,8 % contre 59,6 % dans ESPS 2008). Cependant, cette population se révèle plus souvent en situation de précarité. Parmi les salariés, 33,4 % sont à temps partiel (contre 16,9 % de la population en emploi selon l'enquête Emploi de l'Insee en 2008), 26,0 % ont un contrat précaire (Contrat à durée déterminée (CDD), intérim, saisonnier, contrat aidé) contre 11,7 % de la population salariée en 2008 (enquête Emploi), et 26,0 % craignent de perdre leur emploi (contre 8 % des salariés selon ESPS 2008). Par ailleurs, les chômeurs représentent 11,7 % de notre échantillon contre seulement 5,7 % des chefs de ménage selon ESPS 2008. On compte également beaucoup plus d'inactifs dans l'enquête (19,9 % contre 4,5 %), en raison d'une proportion importante de personnes en invalidité (12,5 %). À l'inverse, la population retraitée est très largement sous-représentée (14,6 % contre 30,1 %), ce qui peut s'expliquer par le niveau de vie assez élevé de cette population mais aussi par la procédure de ciblage de la population éligible. Les personnes étant repérées par les prestations reçues de la Caf, celles n'en percevant aucune sont par définition exclues. La précarité de cette population apparaît également dans les anticipations sur l'évolution des ressources et des dépenses dans l'année à venir : plus de la moitié de l'échantillon pense que celles-ci vont connaître des hauts et des bas (31,2 %) ou diminuer (17,0 %). Une très large majorité anticipe dans l'année à venir des difficultés probables s'agissant des dépenses de la vie courante (pour 77,3 % des enquêtés), des dépenses de santé (66,8 %) et d'autres dépenses plus exceptionnelles (51,3 %).

Un peu plus d'un quart de la population enquêtée déclare rencontrer des difficultés de lecture ou d'écriture, pour des raisons différentes (et non exclusives) : 15,8 % en raison de problèmes de santé (troubles de la vue, handicap, troubles cognitifs, problème de santé mentale), 12,2 % déclarent être (partiellement ou totalement) illettrés et 3,0 % avoir des difficultés liées à une moindre connaissance de la langue française. Enfin, 4,5 % déclarent avoir des difficultés spécifiques pour comprendre les termes techniques et le jargon administratif.

Une population avec un état de santé dégradé, mais en contact avec le système de soins

La population enquêtée présente un plus mauvais état de santé que la population générale : 41,6 % déclarent ne pas avoir un bon état de santé perçu (contre 27,5 %, ESPS 2008), 35,6 % déclarent une maladie chronique (contre 27,1 %), 32,9 % être fonctionnellement limités (contre 19,7 %), 47,7 % déclarent suivre un traitement régulier et 27,7 % ont une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale en raison d'un problème de santé (contre 16,4 %).

En dépit de ses difficultés sociales, cette population dont l'état de santé est plus dégradé entretient des contacts réguliers avec le système de soins. 96,2 % des enquêtés ont déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale, taux comparable en population générale (ESPS 2008), 94,4 %. Au cours des douze derniers mois, 88,5 % ont vu au moins une fois un généraliste (contre 84 %) et 51,2 % au moins une fois un spécialiste (contre 50,7 %). Les difficultés d'accès aux soins de cette population sont toutefois patentées : 12,7 % déclarent avoir renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux dont ils avaient besoin au cours des douze derniers mois. Cette proportion est certes inférieure à celle mesurée dans ESPS 2008 (16,6 %), mais la notion de renoncement est complexe et reflète un écart entre les attentes envers le système de soins et les soins effectivement reçus (Dourgnon *et al.*, 2012a). Cette différence peut donc indiquer des attentes inférieures de la part de la population enquêtée ici. Ainsi, les renoncements pour raisons financières sont légèrement plus fréquents qu'en population générale (10,3 % de notre échantillon contre 9,8 % dans ESPS 2008). Il en est de même pour les renoncements liés aux délais d'attente (4,1 % contre 2,8 %). En revanche, certains types de renoncements sont déclarés avec une fréquence comparable à celle constatée en population générale, comme ceux liés à la complexité de la démarche (1,2 % contre 1,0 %) ou au fait d'attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes (2,8 % contre 2,5 %). Comme en population générale, ces renoncements

aux soins concernent en premier lieu les soins dentaires (déclarés par 7,3 % de l'échantillon) et les lunettes et les lentilles (4,4 %), mais aussi pour une part importante les soins de spécialistes (8,4 %) et les médicaments (3,3 %), ce qui révèle de réelles difficultés d'accès aux soins, notamment pour raisons financières.

Une population moins couverte par une complémentaire santé

La population enquêtée est plus fréquemment non couverte par une complémentaire que la population générale : 12,2 % de l'échantillon contre 6 % de la population dans ESPS 2008. Par ailleurs, 63,9 % des enquêtés sont couverts dans le cadre d'un contrat individuel (contre 52 % de la population française en incluant les bénéficiaires de l'ACS) et 23,1 % dans le cadre d'un contrat collectif fourni par leur employeur ou par celui d'un membre de leur famille (34 % en population générale)¹.

Cette distinction entre contrat collectif et individuel est importante, le fait de bénéficier d'un contrat collectif faisant partie des critères d'inéligibilité à l'ACS. Au sein de la population jugée éligible au regard des critères pris en compte dans la requête nationale et ayant participé à notre enquête, un quart s'avère en fait non éligible à l'ACS.

Les déterminants socio-économiques et sanitaires du non-recours

Le taux de recours à l'ACS de l'échantillon est faible : 18,1 % des enquêtés ont entrepris des démarches pour obtenir l'ACS, ce taux s'élevant à 25 % une fois exclues les personnes couvertes par leur employeur et celles identifiées postérieurement à l'enquête comme non éligibles sur la base de leurs revenus fiscaux 2008. Quelles sont, dans ce cadre, les caractéristiques des bénéficiaires potentiels qui pourtant ne recourent pas à l'ACS ?

¹ En 2008, 7 % des personnes étaient couvertes par la CMU-C.

T Afin d'identifier les principaux déterminants du non-recours, les individus qui ont recours à l'ACS ont été comparés à ceux qui n'y ont pas recours à partir des facteurs suivants : démographiques (âge, sexe, configuration familiale) ; socio-économiques (occupation, difficulté à lire ou écrire, anticipation de difficultés financières à venir, revenus en 2008) ; état de santé (santé perçue, limitations d'activité, existence d'une maladie chronique) et attitudes face aux soins (renoncement aux soins pour raisons financières) ; profil de l'assuré en termes d'assurance maladie (couverture complémentaire, exonération pour ALD, couverture par la CMU-C l'année passée). Une régression logistique a été réalisée afin d'étudier les déterminants du fait de déclarer ne pas avoir entamé *versus* avoir entamé des démarches pour obtenir l'ACS (1/0) (tableau). Cette analyse a été menée au sein de la population complète enquêtée puis dans la population restreinte aux personnes non couvertes par un contrat collectif, celles-ci n'étant pas éligibles au dispositif.

L'impact du revenu et des difficultés de réalisation des démarches administratives

Parmi les facteurs démographiques, l'impact de la configuration familiale sur le non-recours à l'ACS est limité aux cas des familles avec enfants, qui ont significativement plus de chances de ne pas entamer de démarche que les personnes vivant seules. En revanche, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de ne pas faire de démarche pour obtenir l'ACS n'est pas significativement différente entre les hommes et les femmes. De même, l'âge n'a pas d'influence.

L'impact de l'occupation principale est observé essentiellement à travers des personnes en situation d'invalidité, qui se différencient de la catégorie de référence (les actifs occupés) par un non-recours moins fréquent à l'ACS.

La probabilité de ne pas recourir à l'ACS varie avec le revenu. Les personnes identifiées comme éligibles à l'ACS postérieurement à l'enquête à partir de leurs revenus fiscaux de 2008 ont plus de

Probabilité de ne pas avoir entamé de démarche pour obtenir l'ACS

		Echantillon total		Echantillon hors contrat collectif	
		N : 1038		N : 810	
		Odds-ratio	Pr > Chi2	Odds-ratio	Pr > Chi2
Femme		0,9	0,57	0,91	0,64
Age		1	0,6	1,01	0,38
Composition familiale	Personne seule	Réf.		Réf.	
	Famille monoparentale	1,16	0,63	1,28	0,45
	Famille avec enfant(s)	1,58	0,06	1,54	0,09
	Famille sans enfant(s)	1,27	0,45	1,27	0,46
Occupation	Actif occupé	Réf.		Réf.	
	Chômeur	0,74	0,27	0,79	0,43
	En invalidité	0,52	0,04	0,52	0,05
	Retraité	1,13	0,74	0,99	0,98
Revenus par UC en 2008	Autre inactif	0,71	0,31	0,7	0,33
	< au plafond d'éligibilité à la CMU-C	Réf.		Réf.	
	< au plafond d'éligibilité à l'ACS	0,55	0,04	0,5	0,03
	> au plafond d'éligibilité à l'ACS	0,64	0,13	0,58	0,09
Anticipation des ressources	Vont rester les mêmes	0,71	0,07	0,63	0,02
	Vont augmenter ou diminuer	Réf.		Réf.	
Difficultés à faire face dans l'année qui vient...	... à des dépenses de la vie courante	0,99	0,96	0,95	0,84
	... à des dépenses de santé	0,65	0,03	0,63	0,04
Difficultés à lire ou à écrire		1,08	0,68	0,97	0,87
ÉTAT DE SANTÉ, RECOURS AUX SOINS ET COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE					
État de santé auto-déclaré	Très bon	1,45	0,21	1,17	0,64
	Bon	1,21	0,43	1,05	0,86
	Moyen	Réf.		Réf.	
	Mauvais ou très mauvais	1,24	0,45	1,09	0,77
Limitation dans ses activités		1,33	0,22	1,38	0,19
Déclaration d'une maladie chronique		0,77	0,24	0,69	0,11
Prise en charge à 100 % pour une ALD		1,08	0,73	1,03	0,9
Renoncement à des soins pour raisons financières		0,81	0,43	0,86	0,6
Ont des restes à charge en 2008		0,41	0,06	0,45	0,1
Couverture complémentaire en 2008	Non couvert	Réf.		Réf.	
	Contrat individuel	0,81	0,36	0,82	0,37
	Contrat collectif	1,94	0,04	-	-
Bénéficiaires de la CMU-C l'année passée		0,47	0,05	0,42	0,03
RAPPORTS À L'ADMINISTRATION ET AUX AIDES					
Ne trouvent pas les informations facilement		1,08	0,69	1,16	0,44
Isolement social		1,1	0,74	1,28	0,44
Difficultés administratives		1,48	0,03	1,55	0,02
Difficultés en raison de problèmes de santé		1,69	0,27	1,57	0,35
Ont renoncé à des aides ou prestations sociales		1,69	0,04	1,65	0,03
Pseudo R ²		0,0861		0,0724	
Pourcentage de paires concordantes		82,10 %		79,60 %	

Lecture : Les personnes déclarant avoir des difficultés administratives ont environ 50 % de plus de risques de ne pas recourir à l'ACS (Odds ratio = 1,48). Au contraire, les personnes qui ont eu des restes à charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire en 2008 ont environ 60 % de plus de chances de recourir à l'ACS (Odds ratio = 0,41).

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

Réalisation : Université Paris-Dauphine et Irdes.

 Télécharger les données

chances d'initier une démarche, ce qui suggère que certains ménages savaient que leurs revenus n'étaient plus dans la cible de l'ACS et n'ont donc pas entamé de démarche. Les personnes qui pensent que leurs ressources resteront les mêmes dans l'année à venir ont plus de chances d'entamer des démarches comparées à celles qui estiment que leurs ressources augmenteront ou diminueront. L'anticipation d'une évolution des ressources semble ainsi être un frein au recours à l'ACS et peut s'expliquer notamment par la durée d'éligibilité au programme ACS. En effet, de peur de ne plus avoir des ressources dans la cible, ces derniers engageront moins souvent de démarche.

Certains des indicateurs de difficultés dans la réalisation des démarches administratives ont un impact : ceux qui ne recourent pas à l'ACS sont relativement plus nombreux à déclarer des difficultés à lire le jargon administratif (4,9 % contre 2,6 % parmi ceux qui y recourent), et à avoir des difficultés avec les administrations - 29,2 % déplorent qu'on les renvoie d'un organisme à l'autre et pour 19,1 %, les horaires ne conviennent pas.

Dans l'analyse toutes choses égales par ailleurs (tableau), avoir des difficultés administratives dans les démarches en général est un facteur significatif de non-recours à l'ACS. De même, les individus ne recourant pas à l'ACS ont plus de chances de déclarer avoir renoncé à des aides ou à des prestations parce que la démarche était trop compliquée.

Le rôle de l'état de santé, des dépenses de santé à venir et de la protection sociale

Si la santé déclarée n'a pas d'impact sur le recours à l'ACS, les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique semblent avoir plus de chances de recourir à l'ACS, cet effet atteignant le seuil de significativité de 10 % lorsque les variables non significatives sont exclues du modèle. En dehors de cet effet « besoin » induit par les maladies chroniques, les résultats suggèrent l'existence d'un effet inverse des limitations dans les activités, bien que ce second effet n'atteigne pas le seuil de

significativité de 10 %. Ainsi, pour les personnes limitées dans leurs activités, faire une demande et constituer le dossier pourrait s'avérer trop lourd à mettre en œuvre, alors que le fait de souffrir d'une maladie chronique induit des dépenses de santé très importantes qui nécessitent une complémentaire santé.

De manière cohérente, les enquêtés qui craignent de faire face à des dépenses de santé importantes dans l'année à venir, en raison sans doute d'un besoin plus important d'assurance santé, ont un recours plus fréquent. De même, les personnes qui ont dû faire face à des restes à charge importants ont plus de chances d'entamer une démarche. En revanche, le fait d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières l'année passée n'est associé à aucun accroissement du non-recours à l'ACS.

L'ACS n'a pas été plus souvent demandée par les enquêtés non couverts par une complémentaire santé que par ceux couverts à titre individuel. La dotation ACS a donc été mobilisée dans les mêmes proportions par ceux qui souhaitaient réduire le montant de leurs cotisations de complémentaire et par les individus non couverts afin d'accéder à la complémentaire santé.

De même, le fait d'être déjà pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie et exonéré de la plupart des frais de santé n'est pas significativement associé à la demande d'ACS, ce qui peut là encore s'expliquer par deux effets antagonistes. Le fait d'être déjà pris en charge à 100 % peut diminuer la demande de complémentaire santé et donc le recours à l'ACS. Par ailleurs, le fait d'être en ALD indique également des besoins de soins importants laissant aux patients des restes à charge souvent substantiels qui peuvent donc induire une demande de complémentaire santé plus importante (Hcaam, 2011).

En revanche, la probabilité de demander l'ACS est supérieure chez les personnes qui bénéficiaient de la CMU-C l'année précédente et qui n'en bénéficiaient plus. Ces personnes, déjà familiarisées avec les demandes d'aides sociales ou disposant de plus d'informations, voient leur recours facilité. Les indivi-

us couverts par une complémentaire santé collective ont moins de chances de faire la demande, une partie du prix de leur contrat étant généralement prise en charge par l'employeur. Certains d'entre eux sont aussi certainement mieux informés sur les critères d'éligibilité à l'ACS et savent qu'ils ne peuvent pas en bénéficier.

Quelles sont les justifications données par les enquêtés à leur non-recours ?

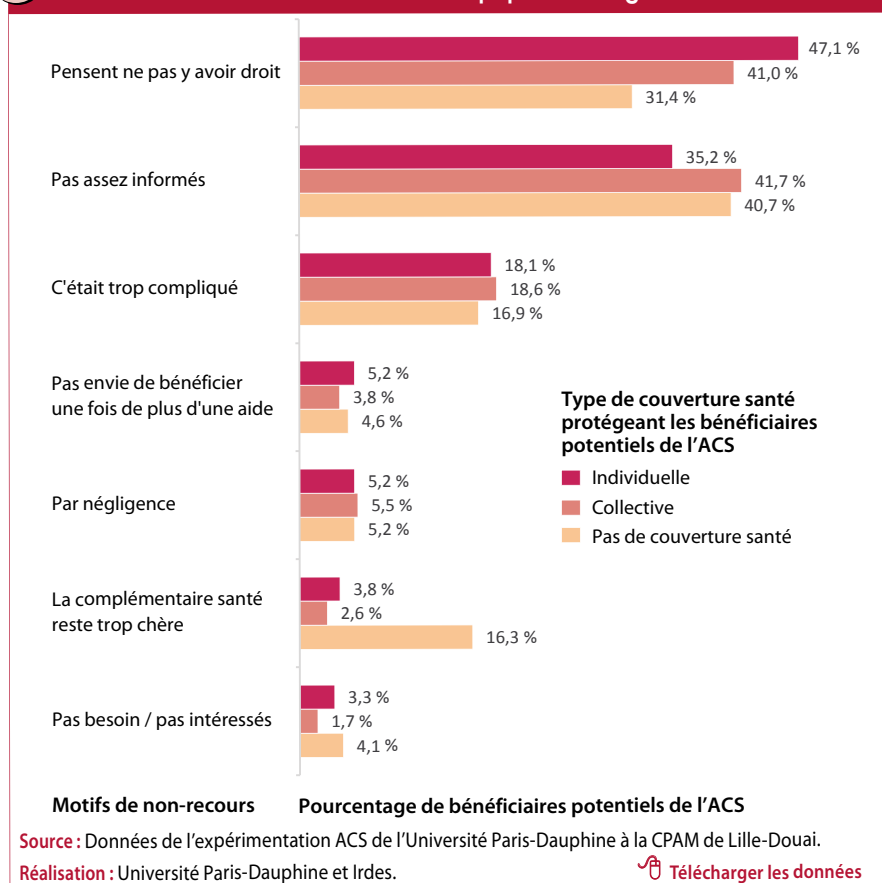
Quelle connaissance ont les enquêtés du dispositif de l'ACS ? Quelles principales raisons invoquent-ils pour expliquer leur non-recours à ce dispositif ? Une première question a permis de savoir si les enquêtés connaissaient le dispositif de l'ACS et le cas échéant, par quel biais ils auraient souhaité être informés. Une seconde question leur demandait s'ils avaient entamé des démarches et, le cas échéant, pourquoi ils n'avaient pas demandé cette aide. Par ailleurs, plusieurs questions avaient été posées en amont à l'ensemble des enquêtés concernant leur rapport aux aides et prestations sociales.

Les deux tiers des bénéficiaires potentiels ne connaissent pas le dispositif

Le faible recours à l'ACS semble avant tout expliqué par un manque d'information : les deux tiers de l'échantillon ont déclaré ne pas connaître le dispositif, en dépit du courrier envoyé par la CPAM six mois avant (Guthmuller *et al.*, 2011 ; Guthmuller *et al.*, 2014). Parmi eux, 92,6 % auraient souhaité l'être par leur caisse d'assurance maladie. Les autres vecteurs d'informations les plus fréquemment cités sont les médias (63,0 %), les médecins et services de santé (50,6 %), loin devant les services sociaux (31,9 %), la mutuelle (3,1 %) ou les institutions et administrations diverses (2,0 %). De manière cohérente, le manque d'information est cité comme motif de non-recours par 39,9 % des personnes n'ayant pas entamé les démarches.

G

Motifs de non-recours à l'ACS d'une population éligible à Lille en 2009



sans cesse d'un organisme ou d'un guichet à un autre. 17,7 % trouvent les horaires des administrations inadaptés et 12,3 % que les administrations sont difficiles d'accès. 10,1 % déclarent ne pas être aidés dans leurs démarches car ils ne savent pas à qui s'adresser dans l'entourage, signe d'un certain isolement social. Enfin, dans 2,6 % des cas, ce sont des difficultés de compréhension et de maîtrise du français ou des problèmes de santé et cognitifs qui posent problème.

Pour 36,9 % des enquêtés, ce manque d'information et ces difficultés se traduisent souvent par un renoncement aux aides sociales, le plus souvent en raison de la complexité des démarches (20,2 % de l'échantillon) mais également d'un manque d'envie, ou de la négligence (6,6 %), voire du fatalisme et du découragement (5,3 %). Ce découragement est exprimé par le sentiment de ne pas recevoir toutes les aides auxquelles on a droit (33,0 %), et l'impression de « n'avoir jamais droit à rien » (11,4 %). Enfin, si le prix de la complémentaire santé est un motif faiblement invoqué (5,6 %), il est le quatrième motif parmi les personnes non couvertes (16,3 %).

L'incertitude sur son éligibilité

Le manque de connaissance et l'incertitude sur son éligibilité constituent également des freins importants. 40,6 % des personnes n'ayant pas entamé de démarche pensaient « ne pas avoir droit à l'ACS ». Ce motif déclaré est parfois justifié. Certaines personnes identifiées comme potentiellement éligibles à l'ACS dans les fichiers Caf connaissaient les critères d'éligibilité et savaient qu'ils ne les remplissaient pas. Par exemple, la proportion de personnes déclarant « penser ne pas avoir droit à l'ACS » est plus grande chez celles couvertes par un contrat collectif (47,1 % comparativement à 38,4 % chez les autres personnes, graphique). Cependant, parmi eux, nombreux sont ceux qui connaissent mal les modalités de leur contrat de complémentaire santé. En effet, les fonctionnaires ainsi que les retraités et les chômeurs qui continuent d'être couverts par la mutuelle de leur ancienne entreprise pensent, en grande majorité mais à tort, qu'ils sont couverts par un contrat collectif et donc à ce titre qu'ils n'ont pas droit à l'ACS.

La complexité des démarches à entreprendre

La complexité des démarches est également l'un des freins à l'œuvre : c'est le motif de non-recours déclaré par 18,1 % de l'échantillon (graphique). De manière cohérente, 75,6 % des enquêtés déclarent rencontrer des difficultés dans leurs démarches pour obtenir des aides en général, induites manifestement par un manque d'information : c'est le cas pour 42,1 % de l'échantillon. Les enquêtés semblent également avoir des difficultés à trouver le bon interlocuteur. L'information semble plus souvent trouvée auprès des médias (59,1 % de l'échantillon), des brochures administratives (54,2 %) et de l'entourage (51,3 %) qu'auprès des agents d'accueil des organismes versant les aides (38,2 %) ou des travailleurs sociaux (24,4 %).

Outre le manque d'information, la lourdeur administrative est relevée : 67,9 % déclarent rencontrer des difficultés logistiques, 34,4 % estiment que les formulaires sont trop compliqués et 28,3 % se plaignent qu'on les renvoie

Quels enseignements pour l'amélioration du dispositif ?

L'étude des caractéristiques de la population identifiée comme éligible sur la base de ses revenus à l'ACS à Lille montre que celle-ci est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Près de la moitié des répondants ne se déclare pas en bonne santé et 36 % souffrent d'une maladie chronique alors qu'un quart est pris en charge à 100 % en ALD. Ils sont 13 % à déclarer avoir renoncé à des soins lors des douze derniers mois, alors même que plus de 85 % sont couverts par une complémentaire santé.

Le taux de recours à l'ACS de l'échantillon est pourtant faible, 18 % des individus ayant entrepris des démarches pour l'obtenir. Les trois raisons les plus souvent mentionnées sont le fait de penser

ne pas être éligible, le manque d'information et la complexité des démarches ; et pour les personnes non-couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé. Le dispositif de l'ACS semble ainsi, dans sa forme actuelle, insuffisant pour garantir l'accès à la complémentaire santé des ménages ayant un revenu juste au-dessus du plafond d'éligibilité à la CMU-C.

L'analyse révèle que les individus dont les besoins de soins sont importants ont une probabilité plus grande d'avoir entrepris des démarches. Ce résultat atténue dans une certaine mesure la portée négative du faible recours à l'ACS et laisse penser qu'une sensibilisation au dispositif par les médecins ou, plus largement, les acteurs de l'offre de soins, pourrait être une méthode d'information efficace.

Les personnes ayant bénéficié de la CMU-C l'année précédant l'interview ont plus de chances d'avoir fait des démarches, à l'inverse de celles déclarant avoir eu des difficultés avec les procédures administratives. Ce résultat confirme que l'accès à l'information et la compréhension des démarches sont des déterminants importants du recours à l'ACS.

Dans notre enquête, une perception erronée de l'éligibilité est un motif souvent évoqué pour expliquer le non-recours. La réévaluation du plafond de la CMU-C depuis la date de l'enquête (permettant d'inclure les bénéficiaires de l'AAH et du minimum vieillesse) a donc probablement été un moyen efficace de réduire cette cause majeure du non-recours. Il serait utile de vérifier aujourd'hui si cela a bien été le cas. Il est enfin important de souligner que la grande majorité des personnes enquêtées bénéficie d'une couverture complémentaire santé. Le relais des organismes de complémentaire santé pour promouvoir le dispositif de l'ACS serait certainement profitable. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Bras P.-L., Tabuteau D. (2012). *Les Assurances maladie*, Presses universitaires de France (PUF), coll. « Que sais-je ? », Paris.
- Devaux M. (2013). "Income-Related Inequalities and Inequities in Health Care Services Utilisation in 18 Selected OECD Countries", *European Journal of Health Economics*, DOI 10.1007/s10198-013-0546-4.
- Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. (2012a). « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 ». Rapport Irdes, 1886, Irdes.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012b). « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie Publique*, 28-29 : 123-147.
- Fonds CMU (2012). « Rapport d'activité 2011 du Fonds CMU », 31 mai 2012. http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport_activite_2011.pdf.
- Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J, Desprès C. (2011). « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille ». Irdes. *Questions d'économie de la santé* n° 162.
- Guthmuller S., Jusot F., Renaud T., Wittwer J. (2013). « Le non-recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille », rapport pour le Fonds CMU. http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/UnivDauphine_CPAM59_Etude_non_recours_ACS_2013.pdf
- Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J. (2014). "Improving Take-Up of Health Insurance Program: Evidence from a Social Experiment in France". *Journal of Human Resources*. 49(1):167-194.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. (2011). « Rapport 2011 du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie ».
- Jusot F., Perraudin C., Wittwer J. (2012). « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006 ». *Economie et Statistique*. 450(1) : 29-46.
- Jusot F. (2013). « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61S : S163-S169.
- Odenore (2012). *Lenvers de la « fraude sociale »*. *Scandale du non recours aux droits sociaux*. Collection Repères-la Découverte.
- Remler D.K., Rachlin J.E., Glied S.A. (2001). "What Can the Take-Up of Other Programs Teach Us About How to Improve Take-up of Health Insurance Programs?" *NBER Working Paper*. 8185.
- Van Oorschot W. (1991). "Non Take-Up of Social Security Benefits in Europe". *Journal of European Social Policy*. 1(1):15-30.

IRDES

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

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Recteurs : Clément Nestrigue, Marc Perronnin •
Correctrice : Martine Broïdo • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) •
Dépôt légal : avril 2014 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.