

FORMATION INITIALE
52^{ème} promotion, 2013-2014

RECHERCHE- ACTION

LA GESTION DES BENEFICIAIRES DE LA CMU- C PAR LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES AGREES

Membre du groupe de travail :

- ▼ Ophélie BEAU
- ▼ Amandine FLOTTES
- ▼ Hélène MAGNON
- ▼ Jonathan WINO

Directeur de recherche-action :

- ▼ Jean-François CHADELAT

Coordonnateur de recherche-action :

- ▼ Jean-Benoît DUJOL

Sommaire

I – Formulation des hypothèses et construction de la méthodologie p.7

A – Les hypothèses concernant le choix des bénéficiaires p.7

B – La méthodologie retenue pour la réalisation des enquêtes de terrain p.10

II – La mise à l'épreuve des hypothèses : restitution des entretiens et résultats du questionnaire p.15

A – Le rôle et l'influence des organismes sur le choix de gestion p.15

B – Le profil et les motivations des bénéficiaires comme déterminants du choix de gestion p.23

III – Préconisations : Faciliter la gestion et renforcer la transparence du dispositif p.28

A – Faciliter la gestion du dispositif p.28

B – Améliorer la transparence en renforçant l'information et la communication p.30

Conclusion p.35

Annexes p.36

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier en premier lieu notre Directeur de recherche, Monsieur Jean-François Chadelat, Président d'honneur du Fonds CMU, pour sa disponibilité, son aide, son suivi, et l'ensemble de ses conseils qui nous ont permis de mener à bien ce projet et d'aboutir, au-delà d'un simple travail de recherches, à des propositions de solutions concrètes et réalisables.

Nous remercions également Monsieur Serge Krikorian, Madame Brigitte Binelli, Madame Hélène Cosadia, et tous les collaborateurs de la CPAM du Rhône étant intervenus dans le cadre de notre partenariat. A la fois force de propositions et appui technique crucial, leur aide nous a été très précieuse.

Enfin, nous adressons nos remerciements à tous les organismes qui ont bien voulu nous accorder un entretien afin de mener à bien nos recherches, à savoir : la MAAF, la FNMF, la CPAM de Paris, la CPAM de Seine-Saint-Denis, la CPAM de la Drôme, la CPAM de la Haute-Loire, la CPAM de l'Ardèche, la CPAM de l'Aude, la CPAM de l'Oise et la CPAM de l'Aveyron.

INTRODUCTION

HISTORIQUE

La loi du 27 juillet 1999 a institué, à compter du 1er janvier 2000, une Couverture Maladie Universelle (CMU). Cette loi garantit à toute personne résidant sur le territoire français le droit à une couverture maladie de base et fait bénéficier les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil d'une couverture complémentaire gratuite (CMU-C). Pour la première fois un gouvernement reconnaissait de façon explicite, que pour pouvoir accéder aux soins, il leur fallait une couverture obligatoire et complémentaire. Pour la première fois également, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie allaient gérer une couverture complémentaire santé.

La première phase de construction du dispositif a concerné la conception d'une organisation et d'une répartition des rôles adaptée entre régimes de base de Sécurité sociale et organismes complémentaires. Cette question est cruciale pour permettre le bon fonctionnement du dispositif et faire correspondre les enjeux sociaux et économiques des acteurs concernés.

Les caisses de base des régimes obligatoires restent le point d'entrée dans le dispositif mais un droit d'option concerne les bénéficiaires qui peuvent choisir le type d'organisme chargé de la gestion de leurs droits à cette complémentaire.

Pour assurer le bon fonctionnement du dispositif, un établissement public spécifique a été créé par la loi du 27 juillet 1999 : le Fonds CMU, ou Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Celui-ci assure aujourd'hui trois principales missions. Le suivi et l'analyse du fonctionnement du dispositif tant sur un aspect quantitatif que qualitatif. Ce premier axe doit aussi permettre de repérer les difficultés d'application pour proposer des solutions et des évolutions.

La seconde mission du Fonds est d'assurer le financement de la CMU-C. Les recettes du Fonds sont composées du produit de la taxe CMU à laquelle sont assujetties les primes des contrats d'assurance santé des organismes complémentaires, pour près de 2 milliards d'euros en 2011. Du côté des dépenses, le Fonds verse trimestriellement aux gestionnaires un montant forfaitaire pour les assurés qu'ils gèrent. En 2011, les régimes de base ont ainsi reçu 1,3 milliards d'euros et les complémentaires 430 millions d'euros. Au premier janvier 2013, les régimes sont remboursés aux dépenses réelles dans la limite d'un forfait.

Enfin, depuis le décret du 27 octobre 2011, le Fonds CMU s'est vu confier la gestion de la liste des organismes participant à la CMU-C. Basée sur le volontariat, la procédure d'agrément est le préalable indispensable à l'accès au dispositif. La liste est gérée par le Fonds CMU, qui assure l'inscription, le retrait et la radiation des OC ainsi que la mise à disposition de ces informations vers les assurés. Cette liste a une place fondamentale dans l'exercice du droit d'option des bénéficiaires et la gestion quotidienne du dispositif par les caisses de base des régimes obligatoires. En 2011, le Fonds CMU recense 477 organismes complémentaires agréés soit un taux de participation de 70%. Depuis 2005, ce ratio a presque triplé, principalement sous une menace fiscale, mais ceci témoigne à la fois de l'implication des OC dans la gestion du dispositif et illustre aussi la forte concentration en cours dans ce secteur avec la constitution de groupes plus importants ayant les capacités pour être présents sur tous les marchés possibles.

DEUX ACTEURS ASSURENT CONJOINTEMENT LA GESTION DU DISPOSITIF

Ce rappel historique de la création de la CMU-C nous amène à comprendre un fait fondamental pour la gestion de ce dispositif : deux acteurs l'assurent, à savoir, les caisses de base des régimes obligatoires et les organismes complémentaires.

Compte tenu de la concentration des effectifs au sein du régime général de la Sécurité sociale, le champ de notre étude se concentrera sur les interactions entre le régime général de la Sécurité sociale, représenté par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les organismes complémentaires (OC).

Ainsi, les CPAM, en tant que point d'entrée, assurent l'instruction du dossier, l'information de l'assuré et la constitution du dossier. Cette phase d'accès à la CMU-C est cruciale et repose entièrement sur le professionnalisme des agents d'accueil. L'information qui est délivrée lors de ce premier entretien à un public précaire et généralement peu autonome dans les démarches administratives constitue nécessairement un point d'ancrage déterminant pour les assurés.

Lorsque le bénéficiaire choisit la gestion par un OC, les caisses sont chargées de faire suivre le dossier ainsi que l'ensemble des pièces justificatives à l'organisme concerné. Il n'y a donc pas de contact direct entre l'assuré et la complémentaire. La CPAM, même déchargée de la gestion du dossier, reste l'interlocuteur central dans les relations entre les parties.

Comme dans le cas classique, l'assurance maladie est destinataire des demandes de remboursements qui émanent des assurés, des professionnels de santé, des officines ou des établissements. Suivant les dossiers, la part complémentaire de la prise en charge sera intégralement couverte par le régime de base ou suivra la voie classique en lien avec un OC.

Ainsi, le rôle d'information et d'orientation des bénéficiaires confère une influence importante aux agents des CPAM. Par la suite, la CPAM étant le point d'entrée de toutes les informations destinées à l'OC, la Sécurité sociale conserve une place de poids dans la gestion du dispositif.

Comme tous les outils d'intervention sociale, la CMU-C n'est pas socialement neutre sur les populations qu'elle protège. Celle-ci peut produire un effet stigmatisant pouvant aller jusqu'à un refus de prise en charge par l'effet contraignant des tarifs opposables. Le droit d'option peut permettre de contrebalancer cet effet négatif en maintenant un cadre le plus proche possible du droit commun.

Les dispositions réglementaires ont aussi balisé cette appréciation en prenant en compte le parcours du bénéficiaire. Ainsi, lorsqu'un nouveau bénéficiaire de la CMU-C a déjà un contrat de complémentaire santé en cours, et si l'organisme concerné est inscrit sur la liste des organismes habilités, alors, il y a obligation de garder cet organisme pour la gestion de la CMU-C pour la première année.

Le contrat de sortie à tarif réglementé est aussi un élément qui influence l'exercice du droit d'option. Ici aussi, la gestion conjointe du dispositif est utilisée au profit de l'assuré pour faciliter la consolidation de la situation du bénéficiaire. Ainsi, à l'expiration du droit à la CMU-C, les personnes ayant opté pour un organisme complémentaire peuvent bénéficier durant un an d'un contrat de complémentaire santé offrant des garanties similaires à celles de la CMU-C à un tarif réglementé (contrat de sortie). Cette disposition permet d'adoucir l'effet de seuil et de lisser la sortie du dispositif aidé.

Néanmoins cette organisation est remise en question notamment pour son opacité. En effet, l'assuré ne semble pas être pleinement acteur de son choix. La place des CPAM leur confère un rôle prédominant dans toutes les configurations de gestion. Quant aux organismes complémentaires, ceux-ci semblent placés en position d'ordonnateurs d'un droit automatique sans possibilité d'agir en direction de leurs assurés.

LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES VOIENT LEUR IMPORTANCE CROITRE

Depuis son déploiement en 2000, la CMU-C semble avoir atteint ses objectifs avec un rythme de croisière de plus de 4 millions de bénéficiaires soit 6,6% des assurés. La DREES estime le nombre de personnes éligibles à la CMU-C à 4.7 millions. Le taux de

recours est évalué à 85%. Malgré tous les avantages que la juste mobilisation du choix du gestionnaire introduit, les CPAM demeurent majoritaires dans la gestion de la CMU-C avec un taux de recours à la gestion OC de 15,3% sur l'ensemble des régimes et de 14,6% pour le régime général à fin 2012. Au delà de ce constat, une augmentation graduelle et régulière du nombre de dossiers gérés par un OC peut être constatée. Ainsi, depuis l'année 2007 le recours à la gestion par les OC a augmenté de près de 20%. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette évolution.

Tout d'abord, il est envisageable que les CPAM pratiquent une gestion plus maîtrisée du dispositif. La règle de conservation de l'OC la première année de CMU-C est probablement appliquée avec plus d'exactitude. Il est aussi possible que l'orientation et l'information des bénéficiaires soient progressivement pratiquées avec plus de rigueur.

Une autre série d'hypothèses peut aussi être envisagée du point de vue des assurés. Le dispositif est maintenant fortement installé, connu autant pour ses avantages que pour ses inconvénients. Il est donc possible que les bénéficiaires, ainsi que les services sociaux qui sont aussi impliqués dans l'accès à la CMU-C, soient dans une situation permettant d'exercer le droit d'option de manière plus adaptée.

L'IMPORTANCE RELATIVE DES DEUX ACTEURS FLUCTUE SELON LES TERRITOIRES

Au sein de la répartition des rôles constatée au niveau national, la place relative des gestionnaires de la CMU-C n'est pas répartie de façon homogène sur le territoire.

Ainsi, de fortes disparités géographiques peuvent être constatées avec trois zones de fort recours aux OC pour la gestion de la CMU-C. Le bloc Bretagne-Basse Normandie avec plus de 30% des contrats gérés par les OC. De la même manière, les zones Bourgogne-Franche Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Pays de la Loire-Poitou-Charente-Centre présentent des taux supérieurs à 20%.

A l'inverse, l'Île-de-France et la zone PACA-Corse sont plus clairement orientées vers un recours à une gestion purement CPAM pour plus de 90% des dossiers de CMU-C (la situation de l'Alsace est laissée volontairement de côté compte tenu des spécificités de prise en charge du régime d'Alsace-Moselle).

Sans qu'il soit possible de déterminer dès à présent les déterminants de telles proportions, il est possible que certains territoires soient marqués par l'ancrage historique d'une forte tradition mutualiste. Celle-ci pourrait influencer les publics qui seraient plus enclins à confier la gestion de leurs droits et à faire confiance à un type d'organisme qui a marqué l'imaginaire collectif.

Il pourrait aussi être envisagé que des démarches locales spécifiques d'information ou de promotion aient été déployées par les gestionnaires du dispositif pour valoriser leurs actions lors du choix des assurés.

Enfin, dans certains territoires, un lien peut probablement être envisagé entre tous ces éléments et l'intensité de la précarité des bénéficiaires.

OBJET, PROBLEMATIQUE ET CADRAGE DE L'ETUDE

Dans ce cadre et en lien avec la demande du Fonds CMU, l'objet de cette recherche-action est de pouvoir expliciter les principaux déterminants de l'exercice du droit d'option par les assurés. Dans le cadre de notre étude, il est important de rappeler que les hypothèses abordées écartent la question du traitement de la CMU-C sur son volet purement technique et financier. Les questions liées aux incitations financières, à l'influence des politiques fiscales ainsi qu'aux coûts de gestion de la CMU-C ne seront donc pas approfondies.

L'élément central de notre étude repose sur l'observation d'une augmentation graduelle du nombre de bénéficiaires gérés par des organismes complémentaires pour la CMU-C. Cette tendance conjoncturelle observée depuis 2007 vient à s'étendre, voire même à s'inscrire désormais dans un phénomène structurel ancré. Cette évolution renforce le poids des OC dans la gestion de la CMU-C et fait de la gestion des bénéficiaires un thème majeur pour le pilotage du dispositif.

Dans cette perspective, c'est donc essentiellement le choix des bénéficiaires d'opter pour une gestion par un organisme complémentaire qui sera interrogé afin d'expliquer cette tendance à l'augmentation. Cette recherche questionnera autant le positionnement des différents acteurs et les actions qu'ils mettent en œuvre que les éléments propres aux profils des bénéficiaires.

Compte tenu du poids des OC dans la gestion de la CMU-C, ce processus de décision constitue un enjeu majeur qu'il convient de clarifier pour renforcer la maîtrise du dispositif.

Nous mettrons tout d'abord nos hypothèses à l'épreuve dans le cadre d'une méthodologie adaptée.

Ainsi, plusieurs hypothèses peuvent expliquer les choix personnels autant du côté des CPAM que des organismes complémentaires. Pour questionner ces hypothèses, des entretiens semi-directifs avec les gestionnaires ont été mis au point ainsi qu'un questionnaire destiné aux bénéficiaires.

Les résultats obtenus par cette étude quantitative et qualitative permettront d'approfondir les hypothèses sur l'ensemble des champs retenus et de formuler des préconisations et des propositions permettant de favoriser la transparence et le libre choix des assurés.

I – FORMULATION DES HYPOTHESES ET CONSTRUCTION DE LA METHODOLOGIE

En amont de l'étude de terrain, constituant dans la conduite d'entretiens et la réalisation d'un questionnaire, nous formulons plusieurs hypothèses qu'il s'agira d'infirmar, confirmer ou compléter. Ces hypothèses se veulent expliquer le choix des bénéficiaires de la CMU-C d'opter plutôt pour la gestion par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou plutôt pour la gestion par un Organisme Complémentaire (OC). Pour faciliter la lecture, nous appellerons « optant CPAM » les bénéficiaires ayant choisi de confier leurs droits à la CPAM, et « optant-OC », les bénéficiaires ayant choisi de confier leurs droits à un OC.

A – LES HYPOTHESES CONCERNANT LE CHOIX DES BENEFICIAIRES

Il s'agira en particulier d'essayer de comprendre l'augmentation du nombre de bénéficiaires choisissant un OC plutôt qu'une CPAM. Or, s'attacher à expliquer l'augmentation du nombre de bénéficiaires ayant choisi un OC pour la gestion de leurs droits, c'est s'intéresser à ces derniers. Nous pouvons donc classer les hypothèses en deux types, selon le choix qu'a fait le bénéficiaire, d'opter soit pour une CPAM ou pour un OC.

1. Hypothèses concernant le choix CPAM

Il s'agit ici de répondre à la question « Pourquoi le bénéficiaire confie-t-il la gestion de ses droits à la CPAM plutôt qu'à un OC ? ». Plusieurs hypothèses peuvent être formulées en ce sens.

a. *La complexité des procédures et la préférence accordée à un guichet unique*

Face à la complexité globale – liée entre autres à la complexification des textes de lois concernant les prestations – du système de Sécurité sociale et en particulier de l'Assurance Maladie, on peut avancer que les bénéficiaires de la CMU-C les plus précaires et les moins autonomes dans les démarches administratives confient d'avantage leurs droits à la CPAM qu'à un OC.

En effet, confier ses droits à un OC, c'est se diriger vers de nouvelles démarches administratives, et multiplier les acteurs en jeu dans la gestion des droits... ce qui constitue autant de nouvelles difficultés pour un public plus fragile et plus précaire. La simplicité du guichet unique – CPAM – pourrait attirer ce type de publics.

Il s'agirait donc ici de tester l'effet de la Catégorie Socio-Professionnelle (CSP), et du niveau d'études sur le choix de l'organisme gestionnaire.

b. *Les éléments subjectifs de confiance et de motivation*

En sus de ces éléments « objectifs » tendant à expliquer le choix de la CPAM pour la gestion des droits, pourraient entrer en jeu des éléments « subjectifs », concernant la confiance des bénéficiaires dans la CPAM et renvoyant à leurs motivations personnelles.

Ainsi, jouerait en faveur des CPAM l'appartenance au Service public, suscitant davantage de confiance de la part des bénéficiaires par rapport aux organismes complémentaires privés. Cela renverrait en ce sens sans doute à des questions d'enjeux financiers, et à l'absence de logique marchande à l'Assurance maladie.

La familiarité avec la CPAM, organisme déjà présent au quotidien des bénéficiaires – dans le cadre de la CMU de base par exemple – pourrait également jouer en sa faveur dans le choix de gestion.

c. La politique de communication des organismes

L'Aude, l'Oise ou l'Aveyron en particulier, ont connu une plus grande hausse que dans les autres départements. D'autres départements, comme celui de la Seine Saint Denis, ne connaissent pas de hausse et gardent un taux de bénéficiaires choisissant l'Assurance maladie très élevé (95%). Ainsi, il paraît pertinent de s'interroger sur l'information délivrée en Caisse Primaire d'Assurance Maladie sur leurs droits en ce qui concerne la CMU-c, et en particulier, sur l'information délivrée sur les tarifs préférentiels. Le postulat consiste ici dans l'idée que les CPAM des départements où le taux de bénéficiaires choisissant un OC est faible communiquent peu sur le dispositif, et à l'inverse, que l'Aude, l'Oise ou l'Aveyron ont mis en place des dispositifs d'information particuliers sur la période concernée.

2. Hypothèses concernant le choix OC

a. Les territoires de tradition mutualiste

Les faits constatés montrent une disparité territoriale concernant le choix des bénéficiaires. Dans l'Ouest en général, les bénéficiaires choisissant un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits sont plus nombreux. L'hypothèse ici serait celle d'une tradition mutualiste plus importante dans l'Ouest et la région Rhône-Alpes ; néanmoins cette hypothèse rend compte du phénomène dans une perspective statique, et n'explique pas la hausse importante de bénéficiaires choisissant un OC sur les cinq dernières années.

b. Le profil socio-économique de l'assuré

Pour aller plus loin, nous nous attacherons à tester l'hypothèse selon laquelle la crise aurait plongé dans la précarité certains publics auparavant non concernés par la CMU-c (le nombre de bénéficiaires de la CMU-c a augmenté de 3,3% en 2010 par rapport à 2009, selon le rapport d'activité du Fonds CMU pour 2010). Ces publics garderaient en effet leur complémentaire pour continuer à gérer leurs droits, dans l'expectative de sortir de la précarité rapidement et garder leur complémentaire dans tous les cas. Il faut ainsi par ailleurs étudier le *turn over* des bénéficiaires de la CMU-c et son effet sur le taux de bénéficiaires choisissant un organisme complémentaire.

Par ailleurs, ce type de publics pourrait être davantage sensible à des motivations financières intéressantes pour la sortie du contrat, tels que les tarifs préférentiels. Cela renvoie de nouveau à la question des motivations personnelles des bénéficiaires, et au fait que ceux qui choisissent un OC pour la gestion de leurs droits y voient un avantage – financier par exemple –.

c. Les obligations normatives

La Lettre Réseau du 21 juillet 2006 LR-DNR-15/2006 rappelle « que le demandeur bénéficiant déjà d'une protection complémentaire auprès d'un organisme figurant sur la liste du Fonds de financement de la CMU doit conserver cet organisme pendant la première année d'attribution des droits à la CMU complémentaire. »

Ainsi, il faut prendre en compte dans l'étude le fait que « l'option OC » ne relève pas d'un choix véritable mais d'une obligation normative. Par ailleurs, on peut croiser cette hypothèse avec celle de la différence de publics concernés : les bénéficiaires qui sont déjà

affiliés à un organisme complémentaire – et donc dans une situation a priori moins précaire – font *a priori* obligatoirement le choix de la gestion par l'OC.

B – LA METHODOLOGIE RETENUE POUR LA REALISATION DES ENQUETES DE TERRAIN

1. Des entretiens exploratoires avec les CPAM et les organismes complémentaires

La conduite d'entretiens est une méthode largement mobilisée lors d'enquêtes de terrain afin d'étayer les hypothèses en interrogeant des acteurs partie prenante du sujet analysé. Les entretiens sont utilisés pour illustrer les thèses et permettre de hiérarchiser leur importance.

Ils nous permettent ainsi de compléter l'analyse descriptive en interrogeant des personnes ressources au sein des CPAM et des OC, capables d'éclairer tout à la fois les dimensions conjoncturelles et structurelles de la recherche. En complément, les aspects promotionnels et commerciaux qui recouvrent les deux tendances sont intégrés au questionnement lors des entretiens.

a. La sélection des organismes et le choix des interlocuteurs

Avant de définir une grille d'entretiens adaptée, notre démarche a consisté en l'identification d'interlocuteurs pertinents. En fonction de l'analyse descriptive et statistique réalisée préalablement, nous avons pu ainsi identifier des organismes variés permettant d'illustrer les thèses défendues et d'éclairer ainsi les politiques d'information et de communication promues par les institutions de sécurité sociale et complémentaires.

En ce qui concerne les CPAM, le choix s'est porté sur les 8 organismes suivants :

- ▼ les CPAM ayant connu les plus fortes augmentations ces 5 dernières années : Aude, Oise et Aveyron
- ▼ les CPAM avec l'un des plus forts taux historiques d'assurés gérés par un OC : Drôme : 61,2%, Haute Loire : 45,6% et Ardèche : 43,7%
- ▼ à l'inverse deux CPAM connaissant un très faible taux d'assurés gérés en OC : les CPAM de Seine Saint Denis (95%) et de Paris.
- ▼ et une CPAM avec un taux proche de la moyenne ; la CPAM du Rhône, qui est également notre partenaire dans la réalisation de l'enquête auprès des assurés.

L'objectif de ces entretiens vise à comprendre le parcours d'accueil des bénéficiaires de la CMU-C et d'identifier ainsi les divergences dans les politiques locales qui viendraient expliciter les différences constatées dans le choix optionnel de l'organisme gestionnaire.

Dans ce contexte, il a été décidé de ne pas solliciter d'entretiens avec des interlocuteurs de la CNAMTS qui n'a pas mis en œuvre de coordination particulière sur ce sujet, en dehors des documents réglementaires diffusés depuis la mise en place de la CMU-C.

Les personnes interrogées sont avant tout des acteurs relativement expérimentés quant à la gestion de la CMU-C, la majorité d'entre eux étant responsable de l'accueil ou des services précarité. Dans le cadre de la gestion des accueils et des parcours attentionnés auprès des bénéficiaires de la CMU-C, les agents ont en effet un rôle décisif en matière d'orientation du choix des usagers pour l'organisme gestionnaire.

Concernant les organismes complémentaires habilités, le choix s'est porté sur les plus importants dans le dispositif, en nombre d'assurés gérés : il s'agit de la MAAF, de Prévadies, des groupes Harmonie et Eovi.

Cependant, nous avons rencontré des difficultés afin d'identifier les bons interlocuteurs au sein des complémentaires : en effet, nos premiers contacts se trouvaient être dans les domaines financiers et actuariels et non dans le domaine de la gestion des

droits. De ce fait, il a été délicat de voir aboutir positivement nos demandes, à l'exception de la MAAF, qui nous a orientés vers son responsable de la gestion santé. Nous avons également fait le choix de prendre contact avec la FNMF afin de recueillir des éléments d'informations quant aux orientations stratégiques en matière de politique de communication des organismes complémentaires.

Les différentes relances que nous avons réalisées auprès des autres organismes ciblés n'ont pu aboutir sur la réalisation d'entretiens. On peut ainsi présupposer cette difficulté d'accès aux OC par diverses explications : la méconnaissance de l'EN3S de la part des complémentaires peut être un frein, le manque d'organisation en réseau de ces structures est également un aspect à prendre en compte.

Malgré ces difficultés, nous avons pu recueillir des données concernant la politique des organismes mutualistes grâce aux entretiens réalisés avec les CPAM : ces éléments recueillis lors des entretiens devront être croisés avec les résultats de l'enquête sur les aspects relatifs à la politique commerciale des OC.

b. Le choix d'entretiens semi-directifs

Il faut rappeler au préalable l'enjeu essentiel de la conduite de ces entretiens, à savoir comprendre pourquoi et comment un assuré, choisit de faire gérer sa CMU-C par une CPAM ou par un OC, dans une perspective comparative. Afin de préparer les entretiens et de les exploiter au mieux, un travail préparatoire de grilles uniformisées a été réalisé. Nous avons par ailleurs défini les modalités de passation et de restitutions des entretiens.

▼ La préparation des guides d'entretien:

La grille de questions sert de supports et de trame à l'entretien. Certaines questions sont incontournables afin de cerner au mieux la problématique de l'organisme interviewé. Les autres questions peuvent servir de rebond afin de dynamiser l'entretien ou de compléments si les précisions ne sont pas apportées spontanément par l'interlocuteur. En effet, le but est de conserver une interaction au cours des entretiens et de laisser une expression libre à l'interviewé.

Ainsi les questions ont été regroupées par catégorie en fonction des hypothèses élaborées : politique nationale des institutions, politique de communication et de formation des agents, connaissance du profil des assurés, relations partenariales externes, et enfin relation entre OC et CPAM. L'objectif réside ainsi en la corrélation des hypothèses avec les typologies de questions. Au-delà de cette vérification des hypothèses, les entretiens ont permis une ouverture vers des préconisations, en fonction des constats ou des demandes avancés par les interlocuteurs

▼ Les modalités de passation et de restitution:

Afin de multiplier les recueils d'avis et faciliter notre analyse, nous avons fait le choix de réaliser les entretiens en conférence téléphonique. Pour conserver la spontanéité des réponses nous avons choisi de ne pas envoyer les grilles d'entretien au préalable. Les entretiens ont été enregistrés de manière à opérer une restitution la plus fidèle des propos tenus par nos interlocuteurs. Cette méthode permet ainsi de pouvoir citer les propos afin de justifier l'analyse des résultats et les préconisations d'actions.

c. Une analyse des entretiens centrée sur la politique d'orientation des organismes

En dernier lieu, pour favoriser une exploitation harmonisée et comparer les données, nous avons préparé une grille d'analyse commune. (voir en annexes) La grille est construite à partir d'entrées thématiques valorisant les hypothèses retenues à partir de quatre items :

- Le rôle et l'influence des CPAM : la neutralité de la communication des CPAM, le respect du cadre réglementaire, des efforts inégaux en matière de communication, une méconnaissance du contrat de sortie et une instruction facilitée par la gestion d'état
- Parallèlement, le rôle et l'influence des OC : une politique promotionnelle limitée et des difficultés liées à la gestion de la liste d'agrément
- Les partenariats : l'influence des CAF et le rôle des structures sociales et associatives
- Le profil des bénéficiaires de la CMU-C : les motivations des optant pour la CPAM ou pour un OC
- L'influence des territoires : l'implantation locale des mutuelles et les inégalités de territoires

Si la structure de la grille apparaît quelque peu hétérogène, elle permet la mise en exergue des thèmes les plus développés par les interviewés lors des différents entretiens conduits. Ainsi, les interlocuteurs des CPAM ont fortement insisté sur le respect de la procédure réglementaire qui oblige un optant-OC à conserver sa complémentaire la première année, ce qui nous a conduit à valoriser cet aspect dans l'analyse de nos résultats et guidé notre réflexion pour l'élaboration des préconisations. Surtout, ce processus d'analyse a révélé la prédominance le moment déterminant du choix d'option des futurs bénéficiaires de la CMU-C.

Enrichis de l'ensemble de ces éléments d'analyse, nous avons pu ainsi appréhender la construction du questionnaire auprès des bénéficiaires de manière à approfondir les axes relatifs à la politique d'information des organismes, corrélés au profil et aux motivations des usagers.

2. Des questionnaires à l'attention des bénéficiaires de la CMU-C

Pour tester les hypothèses formulées en première partie, nous avons souhaité mener des entretiens, mais également délivrer des questionnaires directement auprès des bénéficiaires. Nous avons réalisé ce questionnaire en lien avec la CPAM du Rhône, qui a été notre organisme partenaire – nous avons établi une Convention entre l'Ecole et la CPAM – pour cette étude de terrain. Collégalement, il a été convenu que 1000 questionnaires seraient envoyés, dont 500 à destination des optant-OC, et 500 à destination des optant-CPAM. La CPAM du Rhône a réalisé des requêtes pour trouver dans le fichier les optant-OC et les optant-CPAM, afin de leur envoyer le questionnaire correspondant. Ce dernier leur a été envoyé dans un courrier contenant une lettre d'accompagnement leur expliquant l'étude et le but du questionnaire, ainsi qu'une enveloppe préaffranchie pour le retour des réponses.

a. Une méthode adaptée aux besoins de l'enquête, en lien avec la CPAM du Rhône

▼ Deux questionnaires distincts

Dans la perspective de délivrer des questionnaires aux bénéficiaires pour tester nos hypothèses, il nous est rapidement apparu la nécessité de réaliser deux questionnaires distincts : l'un s'adressant aux bénéficiaires ayant opté pour la gestion CPAM, l'autre s'adressant à ceux ayant opté pour la gestion OC.

En effet, les questions qui se posent, et les réponses qui seront apportées, nécessitent d'être différenciées en raison des hypothèses sous-jacentes qui s'y rapportent. Ainsi, il est nécessaire de pouvoir distinguer les réponses en fonction de l'organisme

gestionnaire pour les comparer par la suite (profil, motivations, communication de la CPAM)...

Par ailleurs, certaines questions ne se posent qu'aux bénéficiaires dont les droits sont gérés par les OC, et d'autres qu'aux bénéficiaires dont les droits sont gérés par les CPAM. Par exemple, en ce qui concerne les motivations des bénéficiaires, les réponses aux questions à choix multiple sont nécessairement différentes :

De même, pour les bénéficiaires ayant confié leurs droits à la CPAM, nous posons la question « Saviez-vous que votre CMU-C pouvait être gérée par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institutions de prévoyance) ? ». Cette question n'apparaît évidemment pas sur le questionnaire adressé aux bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC.

Par ailleurs, nous avons construit différemment les deux questionnaires, remontant la question de la communication en deuxième place, pour faire le lien avec la première question (« Saviez-vous que vos droits étaient gérés par un organisme complémentaire »), tandis que nous avons placé la question des motivations en second lieu pour les bénéficiaires ayant confié leurs droits à la CPAM, pour enchaîner par la suite, après cette question, sur leur niveau d'information quant à la gestion du dispositif par les OC.

Pour l'exploitation, la distinction des deux questionnaires permettra une comparaison facile, par exemple sous la forme de tableau (cf. annexes).

- ▼ L'exploitation de l'enquête : mise en corrélation des questions avec les hypothèses à confirmer

Pour l'exploitation du questionnaire, nous avons souhaité réaliser, en lien avec l'équipe du service des statistiques de la CPAM du Rhône, tout d'abord un tableau synthétique des hypothèses, et un tri croisé des questions. Le tableau synthétique des hypothèses (cf. annexes) devra faciliter l'exploitation en rapportant le tri croisé des questions aux hypothèses théoriques – celles formulées en première partie – qui s'y rapportent.

b. Des questionnaires bâtis à partir de trois thèmes :

- ▼ L'information délivrée par les CPAM

Pour cette partie du questionnaire, il s'agit de cerner la source d'information, et de sonder le niveau d'information et la politique de communication en fonction des publics. L'hypothèse se rattachant à cette partie est celle d'une différence de communication entre les bénéficiaires selon leurs profils. Il s'agira également de tester l'effet de la communication sur les motivations des bénéficiaires – les motivations financières entre autres, par la communication sur les tarifs préférentiels du contrat de sortie –.

Une question dans cette partie diffère en fonction du questionnaire : « Comment avez-vous été informé(e) de la possibilité de confier cette prise en charge à un organisme complémentaire » pour les bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC ; et « Saviez-vous que votre CMU-C pouvait être gérée par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institutions de prévoyance) ? » pour les bénéficiaires ayant confié leurs droits à une CPAM. En somme, il s'agit globalement d'éprouver la transparence du dispositif.

- ▼ Les motivations des bénéficiaires

Cette partie du questionnaire se réfère aux hypothèses tendant à expliquer les critères « subjectifs » des choix des bénéficiaires quant à la gestion de leurs droits. Une question s'y réfère particulièrement : « Pourquoi avez-vous choisi une mutuelle ? » pour les

bénéficiaires ayant fait le choix de l'OC, et « Pourquoi avez-vous choisi la CPAM ? » pour les bénéficiaires ayant fait le choix de la CPAM. Nous avons souhaité que cette question soit une question à choix multiple pour pouvoir mesurer le poids des différentes hypothèses avancées, l'idée étant que plus une réponse est sélectionnée, plus son poids relatif est important.

▼ L'impact du profil socio-économique sur le choix de gestion

Il s'agit, dans cette partie du questionnaire, de sonder les profils des bénéficiaires, et de comparer les profils des bénéficiaires ayant choisi la CPAM pour la gestion de leurs droits avec celui ayant choisi un OC.

En particulier, nous nous attacherons à sonder la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'études, pour mettre à l'épreuve notre hypothèse selon laquelle le public dont les droits sont confiés à la CPAM est plus précaire et moins autonome dans les démarches administratives.

Ensuite, dans cette partie nous testerons l'hypothèse selon laquelle l'augmentation du nombre de bénéficiaires choisissant un OC pour la gestion de leurs droits serait – entre autres – un effet de la crise. En conséquence, nous avons construit des questions ayant pour but d'estimer dans quel degré de précarité se trouve le bénéficiaire – « Quelle est votre situation actuelle ? », « Depuis combien de temps êtes-vous au chômage ? » –.

Le nombre de retours s'est élevé à 310 questionnaires, ce qui constitue un taux de retours global de 31% (donc au dessus du seuil qui remet en cause la possibilité de l'exploitation, de 25%). Ce taux de réponses se décompose en 26% de retours pour les optant-CPAM et 36% pour les optant-OC. Enfin, il faut préciser que l'exploitation des résultats du questionnaire a été possible, et ce, à deux titres. En premier lieu, tous les questionnaires à l'exception d'un seul ont rempli les critères prédéterminés. En second lieu, les répondants ont un profil représentatif de la population mère – voir document descriptif en annexes –.

Les résultats du questionnaire doivent être analysés au regard de la restitution des entretiens pour mettre à l'épreuve nos hypothèses.

II – LA MISE A L'EPREUVE DES HYPOTHESES : RESTITUTION DES ENTRETIENS ET RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

De la mise en parallèle des résultats du questionnaire et des restitutions des entretiens, il ressort plusieurs prépondérants pour le choix de gestion : le rôle et l'influence des organismes d'une part ; les motivations et le profil des bénéficiaires d'autre part. Ces résultats viennent infirmer, nuancer ou confirmer nos hypothèses.

A – LE ROLE ET L'INFLUENCE DES ORGANISMES SUR LE CHOIX DE GESTION

1. Une communication parfois partielle des CPAM quant aux bénéfices et inconvénients de chaque option de gestion

a. *Une communication se voulant neutre en termes de conseil et d'orientation des bénéficiaires de la CMU-C*

▼ La neutralité de la communication des CPAM est essentielle

Les assurés formulant une demande de CMU-C sont informés de l'obligation de choisir un organisme gestionnaire de leur part complémentaire (CPAM ou OC). Dans les faits, les deux options sont évoquées, laissant ainsi l'assuré libre de formuler ses propres choix. « Les possibilités d'influence sont importantes mais les agents d'accueil respectent la réglementation » nous informait la CPAM de l'Oise. Le rôle du Front Office est uniquement de transmettre des informations.

▼ Des scripts et des formations existent pour inciter les agents à rester neutres

Dans la plupart des CPAM, les agents reçoivent l'instruction de respecter les scripts Medialog et de rester neutres quant à l'information donnée aux bénéficiaires de la CMU-C, comme à Paris ou Valence. Ces scripts permettent également d'harmoniser les pratiques et mentionnent parfois l'obligation de fournir la liste des OC agréés et d'expliquer les différentes possibilités de gestion afin que le bénéficiaire soit libre de ses choix. A Valence, les agents peuvent également accéder à un espace dédié sur l'intranet où sont postés les documents utiles : liste des OC, plafonds, scripts. A la CPAM de l'Oise, il existe un didacticiel dans Mediam pour guider les techniciens conseils dans l'instruction des dossiers.

Des modules spécifiques CMU-C sont également intégrés dans le parcours de formation global des techniciens de la relation clients. Dans certains organismes comme à Valence, les agents d'accueil font même une immersion en back office dans le cadre de leur formation afin de réduire le taux de retour de dossiers mal complétés.

Les agents suivent donc des formations spécifiques, sont aidés dans leur démarche de communication grâce aux scripts mis à disposition. Cette formation leur permet de fournir une information neutre et complète.

▼ Une neutralité parfois mise à mal par la complexité des procédures de gestion

Cette neutralité rencontrée dans de nombreux organismes est parfois négligée par certains agents. Ces derniers, par voie de facilité, peuvent avoir tendance à orienter les assurés les plus précaires qui ne bénéficiaient d'aucune mutuelle antérieurement vers la CPAM plutôt que vers un OC. Comme nous l'indiquait notre interlocuteur de la CPAM de

Haute-Loire : « je pense que c'est plus facile de cocher la case Etat plutôt que de rechercher les coordonnées, les adresses et les noms d'autres organismes ».

De plus, quand l'assuré formule une première demande de CMU-C et qu'il avait déjà souscrit un contrat avec un OC se trouvant dans le dispositif, alors il doit conserver sa complémentaire. Cependant, le didacticiel à disposition des agents est peu précis et parfois mal compris ce qui peut inciter ces derniers à favoriser la solution de gestion par l'Etat.

A la CPAM du Rhône, à l'inverse, si l'agent pressent que le bénéfice de la CMU-C n'est pas pérenne, il a tendance à l'orienter vers une mutuelle afin de faciliter la sortie du dispositif.

Les agents disposent donc d'un pouvoir d'influence sur les choix des bénéficiaires, les orientant parfois sur la solution Etat afin de faciliter les procédures de gestion.

b. Des efforts inégaux en termes de communication sur la liste des organismes complémentaires agréés et les possibilités de choix entre CPAM et OC

- ▼ Un déficit de communication concernant la possibilité de choisir entre une mutuelle Etat et un OC

Le choix de la gestion des droits par une mutuelle n'est proposé par certains agents qu'à ceux qui disposaient antérieurement d'un contrat avec un OC. La liberté de choix par l'assuré n'est donc pas toujours respectée du fait d'un manque d'informations avéré.

L'étude menée auprès de la CPAM du Rhône révèle cette problématique. Concernant les optant- CPAM, 94% d'entre eux savaient que leurs droits étaient gérés par la mutuelle Etat. Cependant, 55% ne savaient pas qu'ils avaient le choix et 60% d'entre eux auraient souhaité être informés de cette possibilité même si en majorité ils n'auraient pas choisi l'option mutuelle. Concernant les optant-OC, seulement 80% d'entre eux savaient que leurs droits étaient gérés par un OC, ce qui interpelle.

- ▼ Une qualité de l'information variable selon les publics

Concernant la qualité de l'information, des différences apparaissent selon que la personne est gérée par l'Etat ou une mutuelle. 30% des bénéficiaires gérés par la CPAM affirment que l'information donnée était précise et personnalisée contre 49% pour les personnes gérées par un OC. 30% des bénéficiaires gérés par la CPAM estiment que l'information était précise mais peu personnalisée contre 19% des personnes gérées par un OC. La qualité de l'information semble donc meilleure pour les personnes ayant opté pour la gestion par une mutuelle.

- ▼ Certains organismes déploient cependant de véritables efforts pour informer leur public de la possibilité de faire gérer leurs droits par un OC

A la CPAM de Paris, avant la mise en place des parcours clients, il existait un « kit » contenant divers documents et dépliants relatifs à la gestion de la CMU-C. Ce kit ne comportait pas automatiquement la liste des OC agréés mais celle-ci était remise sur demande de l'assuré qui avait été préalablement informé de la possibilité de faire gérer ses droits par un OC.

Dans les CPAM de Valence et Rodez, la liste des mutuelles agréées dans le département est fournie lors de la procédure d'inscription. Cette démarche visant à

communiquer uniquement le nom des OC implantés sur le département facilite les démarches de l'assuré qui peut être perdu face à la liste complète. Une communication sur le contrat de sortie et les avantages de la gestion par un OC est également faite par les agents de l'organisme. A Rodez, le responsable du pôle informations et accès aux droits nous indiquait « le dépliant réalisé informe des mutuelles implantées sur l'Aveyron pour ceux qui nous le demandent. Nous n'avons pas de liste nationale puisque la liste nationale, c'est environ 500 organismes : un OC qui est à Lille ou Marseille n'intéresse pas forcément un aveyronnais. »

En outre, en Seine-Saint-Denis, lors des formations sur le module CMU-C, il est préconisé aux agents de présenter la liste des organismes complémentaires adhérents au dispositif.

Certains organismes ont donc développé des listes sélectives présentant uniquement les OC implantés sur leur département. Cela répond à la difficulté de lisibilité et de fiabilité de la liste.

- ▼ Mais la liste des OC agréés n'est souvent pas communiquée de manière spontanée

Dans de nombreux organismes, la liste n'est communiquée que sur demande de l'assuré. Dans les CPAM de l'Aude et de l'Oise, il n'existe pas de support de communication spécifique relatif à la liste des OC ou aux tarifs préférentiels. A la CPAM du Rhône également, une simple référence au site internet du Fonds CMU est faite. C'est à l'assuré de rechercher la liste des OC agréés.

Par conséquent, les assurés accédant à la liste sont souvent ceux qui en font la demande donc ceux qui sont informés des différentes possibilités de gestion et qui bénéficiaient déjà d'une mutuelle avant leur demande de CMU-C.

Ces affirmations sont confirmées par les résultats du questionnaire puisque 81% des optant-CPAM et 58% des optant-OC n'ont pas reçu d'information concernant la liste des mutuelles habilitées à gérer le dispositif. Ces résultats montrent que l'information est insuffisante et notamment pour les personnes gérées par la CPAM. Cela confirme que la communication de la liste est défailante et n'est pas spontanée. La liste est en effet davantage diffusée à ceux qui choisissent un OC donc aux personnes mieux informées de leurs droits. Ce constat est confirmé par le fait que 93% des bénéficiaires gérés par la CPAM n'ont reçu aucun support de communication alors que 57% des bénéficiaires gérés par un OC ont eu des documents d'information.

c. Des contrats de sortie peu connus des agents d'accueil

- ▼ Rares sont les organismes qui communiquent sur la sortie du dispositif

Tous les organismes ne communiquent pas sur les avantages liés au contrat de sortie.

Cette information est parfois systématiquement transmise comme au Puy en Velay où les agents énoncent clairement que pendant l'année qui suit la sortie du dispositif CMU-C, les assurés ayant choisi un OC bénéficient de tarifs préférentiels. Ces derniers sont même accessibles sous Médialog.

La CPAM de l'Ardèche incite vraiment à considérer la solution OC en insistant sur les bénéfices du contrat de sortie : « on porte les avantages de privilégier un OC pour avoir les tarifs préférentiels à la sortie du dispositif ».

▼ Majoritairement, l'information sur le contrat de sortie est inexistante

La communication sur les tarifs préférentiels du contrat de sortie est absente par méconnaissance de la part des agents de l'existence de ces contrats.

A la CPAM de l'Aveyron, les agents d'accueil n'évoquent pas le contrat de sortie. Les assurés doivent faire leur choix entre OC et Etat mais peu d'informations sont données sur la sortie du dispositif : « Les avantages du contrat de sortie ne sont pas expliqués, on leur demande juste de choisir un organisme complémentaire sans aller très à fond sur l'après CMU-C ».

Ce constat est conforté par les résultats du questionnaire puisque 95% des optant-CPAM et 91% des optant-OC affirment ne pas être au courant de l'existence des tarifs préférentiels du contrat de sortie. Des taux aussi élevés montrent qu'il y a là un vrai problème.

d. Une instruction du dossier facilitée par la gestion CPAM

La gestion du dossier est facilitée et allégée lorsque le choix est fait d'opter pour la mutuelle Etat. L'avantage que retirent les CPAM du choix de gestion par l'Etat se situe au moment de l'instruction des dossiers puisque les agents ont un acte de gestion en moins à faire. Cela peut expliquer le faible recours aux OC dans les organismes qui connaissent des difficultés de production et ont intérêt à ce que les assurés choisissent la CPAM car cela permet de réaliser des gains de productivité. Les avantages ne sont pas tant en termes financiers mais davantage en termes de rapidité puisqu'il n'y a alors pas de liaison à faire avec les OC ni de formulaire à leur faire parvenir. Il y a moins de manipulations et de vérifications à faire sur l'agrément de l'organisme. Comme nous l'affirmait notre interlocuteur de la CPAM de l'Aude : « Finalement, je pense que cela fait moins de travail que les assurés choisissent l'Etat plutôt qu'un OC ».

D'autres inconvénients ont été évoqués par la CPAM du Rhône : « *si l'assuré vient avec une mutuelle précise, il est très difficile de retrouver sur les bases informatiques la référence de la mutuelle : aucune source documentaire ne renseigne sur l'ensemble (numéro de mutuelle, présence sur la liste agréée) mais les techniciens recherchent l'information de manière manuelle en croisant les bases. Cela demeure un gros problème.* »

De plus, l'envoi des documents par papier aux mutuelles paraît désormais archaïque et rallonge les délais de traitement. A cet égard, « *La CNAMTS devrait exiger des fichiers retours scannés et dématérialisés* » indiquait la CPAM de Seine-Saint-Denis.

Pour l'agence comptable également, la CPAM n'a aucun intérêt à promouvoir la gestion par un OC au regard du travail fastidieux de recouvrement des parts complémentaires, de récupération des fonds.

2. Une gestion du dispositif contrainte et une politique de communication limitée pour les OC

En 2012, 438 organismes complémentaires étaient inscrits sur la liste nationale des organismes gestionnaires de la CMU-C soit 68,7 % des OC en activité sur le territoire. Les mutuelles représentent deux tiers de ces organismes, les sociétés d'assurance comptent pour un tiers et les institutions de prévoyance pour 2 %. Au global, 75 organismes ne déclaraient aucun bénéficiaire de la CMU-C.

a. Des modalités de gestion qui réduisent fortement les marges de manœuvre des OC.

Dans le cadre de la gestion de la part complémentaire de la couverture maladie universelle, le positionnement des organismes complémentaires est fortement contraint par l'organisation du dispositif et le rôle qui leur a été dévolu.

La gestion partagée du dispositif place les OC dans une position quasi aveugle vis à vis des bénéficiaires de la CMU-C. L'organisation retenue maintient les CPAM comme interlocutrices de front office tandis que les OC n'assurent que les fonctions de back office. C'est notamment le cas lors des étapes clés que sont l'entrée dans le dispositif et le renouvellement des droits des bénéficiaires.

Cette situation introduit des difficultés de communication et de gestion. Dans le cadre des entretiens menés auprès des CPAM, une responsable d'accueil nous annonçait: « c'est un peu difficile d'expliquer aux assurés qu'ils n'auront pas de contact direct avec l'OC choisi tant qu'ils sont couverts par la CMU-C : pour les nouveaux adhérents, cela n'est pas si simple » (CPAM Ardèche).

Les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas des adhérents de plein exercice pour les OC qui gèrent leurs droits. N'ayant aucun contact direct, l'assuré est aveugle vis-à-vis de la gestion du dispositif, puisque son interlocuteur unique reste la CPAM ; et l'organisme gestionnaire l'est aussi, puisqu'il dispose de très peu d'informations sur l'assuré.

Ainsi, dans le cadre du fonctionnement d'un contrat sans anomalies, l'OC qui aura été choisi par le bénéficiaire ne recevra que le formulaire d'ouverture du droit puis des demandes de remboursement provenant de la CPAM. Les contacts avec le bénéficiaire se réaliseront par l'intermédiaire de la CPAM. En se limitant au formulaire initial, les seules informations dont disposera l'OC seront le nom, le prénom, le numéro de Sécurité sociale et l'adresse du bénéficiaire.

Cette situation a été vérifiée lors de l'entretien avec la MAAF puisque d'après le gestionnaire du pôle santé :

« Les clients CMU-C ne sont pas réellement clients MAAF, nous n'avons pas de coordonnées téléphoniques notamment le portable, nous ne pouvons leur envoyer qu'un courrier. De plus, ces clients ont rarement l'occasion de nous contacter. Ils n'ont pas vraiment à le faire. Quand le client arrive chez nous, nous ne le connaissons pas et lui non plus. Nos relations sont purement administratives dans le cadre de la CMU-C... pour nous c'est bien dommage car nous aimerions pouvoir les contacter par mail ou sur leur portable car le papier a peu d'impact. »

Cette situation a aussi été vérifiée dans l'exploitation des questionnaires puisque près de 20 % des optant-OC ne savent pas qu'ils le sont, ou n'ont pas su répondre correctement à la question.

b. Une politique de communication et des positionnements stratégiques des OC contraints par l'organisation du dispositif.

Malgré la nature non lucrative de 65 % des OC agréés pour gérer la CMU-C, ceux-ci se doivent de dégager des excédents leur permettant de pérenniser leur fonctionnement et de se conformer aux règles prudentielles. Ainsi, dans le cadre de l'activité de gestion de la CMU-C, qui ne peut être que faiblement profitable, les OC ont mis en œuvre différentes stratégies économiques influant en retour sur l'exercice du droit d'option des assurés.

Le positionnement des OC est fortement contraint par l'organisation du dispositif. Dans le cadre de cette étude, nous avons observé trois types de positionnement de la part des OC suivant leur niveau d'implication dans la gestion de la CMU-C.

▼ L'absence de positionnement : des OC passifs au sein du dispositif.

En 2012, 70 % des OC en activité sur le territoire étaient inscrits sur la liste des organismes agréés alors que 15 % d'entre eux ne déclaraient aucun bénéficiaire de la CMU-C. Il en ressort l'impression qu'une part des OC agréés se « laisse porter » par le dispositif. N'ayant que peu de prise sur les adhésions reçues et n'anticipant pas de gains financiers importants, une part importante des OC agréés ne gère qu'un nombre très limité de dossiers. Compte tenu des particularités de la CMU-C et sans préjuger des résultats obtenus, il est possible de se questionner sur le niveau de performance et la qualité du service rendu par certains de ces organismes exposés à de très faibles volumes.

▼ Le positionnement de niche.

Le positionnement des OC agréés est aussi marqué par des biais au sein du dispositif. Ainsi jusqu'à la LFSS 2013, le remboursement par l'Etat des consommations de soins des optant-OC était fait de manière forfaitaire à hauteur de 370€.

Certains OC sont parvenus à sélectionner les risques en se positionnant de manière importante parmi des populations de jeunes bénéficiaires, faibles consommateurs de soins. Ce type de stratégie permet de dégager une marge par rapport à la prise en charge forfaitaire de l'Etat. Cette situation prend fin à partir du 1^{er} janvier 2013 avec la mise en place d'une prise en charge aux frais réels jusqu'au plafond de 400€.

▼ Le positionnement offensif de certains acteurs.

Afin de pouvoir développer leur politique commerciale ainsi que certaines démarches de gestion du risque, les OC doivent donc déployer des stratégies complémentaires pour faire des bénéficiaires de la CMU-C de réels adhérents (accès à l'ensemble des coordonnées, promotion d'autres produits, proposition de contrats post-CMU plus personnalisés).

C'est pour cela que de nombreuses mutuelles cherchent à orienter les entrants dans le dispositif vers leurs agences locales. Cette situation nous a notamment été confirmée par la FNMF, qui nous annonçait : « Certaines [mutuelles] font un accueil personnalisé avec une équipe spécialement formée sur ces sujets. »

Cette stratégie permet à la fois de proposer une aide à la complétude du dossier et à l'OC de récolter plus d'informations sur le bénéficiaire et sa famille. Naturellement, suivant les organismes, des offres complémentaires d'assurance peuvent être proposées à cette occasion.

Dans le cadre des entretiens que nous avons menés auprès des CPAM, le groupe EOVI a notamment été cité pour son positionnement proactif au sein du dispositif. Par le biais d'une politique de communication importante, EOVI fait la promotion de la CMU-C et de son action au sein du dispositif. « On a une mutuelle qui est très proactive là-dessus. Elle fait beaucoup de promotion de la CMU-C car elle s'attire des clients via ce biais-là. Ils se présentent d'abord comme une mutuelle et après ils nous les re-routent, la démarche est faite et ils récupèrent le client. » (CPAM Haute-Loire).

Malgré tout, pour les OC, le produit CMU-C ne permet pas de réaliser une marge rentabilisant un effort promotionnel important. Ainsi, assez peu d'OC se placent dans une démarche réellement active sur le dispositif. Même dans le cas d'EOVI, cette démarche, qui n'a été remarquée que dans la Haute-Loire, pourrait n'être que le reflet d'initiatives locales.

c. La concurrence entre contrat de sortie et contrat privilégié ne facilite pas la lisibilité du dispositif.

Dans l'économie du dispositif, le contrat de sortie est un élément fondamental de l'équilibre entre CPAM et OC dans la gestion de la CMU-C. Dans le cadre d'une gestion OC de droits CMU-C, cette disposition introduit l'obligation pour l'OC gestionnaire de proposer le maintien des droits pour une année supplémentaire à tarif constant. Cet élément vise aussi à être le levier permettant de faciliter la sortie du dispositif.

Mal respectée par les OC, cette disposition leur permet de proposer des contrats « maison » plus onéreux et disposant d'un panier de soins plus large. Cette disposition qui laisse la possibilité aux OC de proposer leurs propres contrats réduit fortement la lisibilité du dispositif et l'avantage que peut constituer le contrat de sortie. Ce manque de lisibilité est accentué par les difficultés de comparaison entre les différents contrats de complémentaire santé.

Dans la situation actuelle, le contrat de sortie n'est pas déterminant dans l'exercice du droit d'option par les bénéficiaires et n'est pas un élément de communication pour les acteurs du dispositif. Fortement mis en avant par les acteurs politiques et institutionnels, cette disposition ne constitue pas un levier de terrain pour les parties prenantes : 91% des optant-OC ont déclaré ne pas avoir été informés des tarifs préférentiels du contrat de sortie.

d. Une difficulté persistante à gérer la liste d'agrément à la suite des fusions entre mutuelles.

En application du décret du 27 octobre 2011, la gestion de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C a été intégralement confiée au Fonds CMU en remplacement de la Mission Nationale de Contrôle.

Le Fonds CMU est chargé de procéder à l'inscription, au retrait et à la radiation des organismes complémentaires participant à la gestion de la CMU-C et d'assurer la diffusion de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C.

Cette liste est diffusée chaque année sur le site internet www.cmu.fr et transmise, par fichier dématérialisé, aux régimes d'assurance maladie et entre autres à la Caisse Nationale d'Allocations Familiales

Du point de vue des OC, la gestion de la liste est un élément primordial pour l'implication dans la gestion de la CMU-C. De plus, le référencement au sein de cette liste aura une influence importante sur le choix des bénéficiaires et le discours des CPAM.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, nous avons vu qu'un déterminant important dans le choix de l'OC gestionnaire est la proximité géographique. La navigation au sein de la liste renforce ce constat puisque celle-ci permet de faire apparaître les OC agréés

Jusqu'à présent, les OC faisaient apparaître l'ensemble de leurs agences sur la liste pour répondre au besoin de proximité des assurés. Cette stratégie initiale se heurte dorénavant aux évolutions des réseaux et à de fortes contraintes de gestion.

Le secteur de l'assurance santé connaît depuis plusieurs années des évolutions très importantes se caractérisant notamment par le regroupement des organismes. Durant l'année 2012, les 10 plus grosses mutuelles ont ainsi été marquées par un double mouvement de concentration autant à l'intérieur des réseaux (notamment pour les groupes Adrea, Eovi et ViaSanté), que de croissance externe (constitution du groupe Harmonie Mutuelle impliquant les mutuelles Prévadiès, Harmonie Mutualité et Santévie).

Ces évolutions au sein des réseaux provoquent des changements de dénomination ainsi que la réorganisation des points d'accueil. Autant d'évolutions qui impliquent des mouvements de mises à jour continues de la liste nationale et qui en réduisent potentiellement la fiabilité.

Afin d'améliorer la clarté de la liste et pour dépasser certaines difficultés opérationnelles, des OC ont centralisé la gestion de la CMU-C. C'est notamment le cas de la MAAF : « ... au lancement de la CMU toutes les agences étaient enregistrées sur la liste du Fonds CMU. Il n'y avait jamais eu d'évolution, pas de mise à jour : ni pour les agences supprimées, les nouvelles agences ou les changements d'adresse. [...] Nous avons modifié nos adresses sur le Fonds CMU et nous avons uniquement notre adresse du siège de MAAF à Niort qui gère officiellement la CMU pour que les demandes n'aillent plus vers les agences. »

Ainsi la gestion de la liste d'agrément pose des difficultés dans la gestion du dispositif, notamment au temps du choix d'affiliation du bénéficiaire. Cette complexité emporte des conséquences tant pour les OC que pour les CPAM

3. Des partenariats avec les organismes sociaux en développement

a. L'importance croissante des CAF dans la gestion de la CMU-C

Dans la Drôme, l'Aveyron et l'Oise, un partenariat a été initié avec les services sociaux des CARSAT et des CAF. En Haute-Loire et en Seine-Saint-Denis, des séances d'informations sur le dispositif CMU-C sont dispensées auprès des agents des CAF.

Globalement, depuis la mise en place du RSA, les CAF doivent être associées et formées à l'accompagnement sur les droits connexes, dont la CMU-C. A ce titre-là, elles doivent directement transmettre les dossiers CMU-C aux CPAM et remettre les formulaires aux bénéficiaires tout en les aidant à les compléter.

Dans l'Oise, la CPAM s'est engagée dans le dispositif avec les CAF, qui sont de plus en plus impliquées dans le traitement des dossiers CMU-C. Toutefois, la question du choix de gestion entre OC et Etat n'a pas encore été abordée et n'est pas intégrée dans cette collaboration avec les CAF. La CPAM de Lyon travaille également en étroite collaboration avec la CAF pour « *dédramatiser* » le travail impliqué par l'instruction d'un dossier CMU-C. La CAF se contente en effet de diffuser les formulaires de demande de CMU-C aux bénéficiaires du RSA sans aller plus loin dans l'instruction des dossiers. Le but de la démarche instaurée est d'aller plus en avant dans l'étude des demandes de CMU-C par les CAF.

L'obligation des CAF pourrait être renforcée par des évolutions des systèmes d'information qui sont attendues et devraient permettre le traitement automatique de la demande de CMU-C dans le cadre de la gestion du RSA. La question du choix entre OC et CPAM devra donc être portée auprès des instructeurs du RSA pour préserver la liberté de choix des usagers.

Les résultats du questionnaire montrent que les CAF sont impliquées dans l'information des bénéficiaires mais pas suffisamment. 45% des optant-CPAM savaient que leurs droits à la CMU-C pouvait être gérés par un OC. Parmi ces 45%, 10% ont été informés par la CAF. Parmi les optant-OC, 7% ont été informés par les CAF.

La CAF communique donc partiellement sur le choix de gestion que peuvent faire les bénéficiaires. Des efforts sont à entreprendre en ce sens au travers des partenariats déjà instaurés.

b. Le rôle d'orientation des structures sociales

A Paris, le service marketing de la CPAM est en relation avec la CRAMIF et le CROUS. Des permanences de proximité ont également été mises en place et font de l'information pédagogique auprès des partenaires associatifs : par exemple, des modules d'information CMU-C sont effectués à l'AP-HP.

A Valence, un partenariat avec les associations du département s'est construit. Sont ainsi expliquées les possibilités de gestion des droits par la CPAM ou un OC à des associations comme les Resto du Cœur ou Asile.com. Ces dernières relaient ensuite les informations auprès de leurs adhérents.

Un groupe régional sur Midi-Pyrénées travaillant sur la lutte contre les inégalités en santé rencontre toutes les structures sociales de la région pour les sensibiliser à la CMU et l'ACS.

En Ardèche, a été mis en place un partenariat avec tous les travailleurs sociaux du département et une ligne téléphonique dédiée a été créée pour répondre à leurs questions, pour les former sur la complétude des formulaires.

En somme, des partenariats avec les principaux acteurs du domaine social se construisent pour diffuser l'information sur la CMU-C dans des structures de proximité, proches des publics précaires.

B – LES PROFILS ET LES MOTIVATIONS DES BENEFICIAIRES COMME DETERMINANTS DU CHOIX DE GESTION

Notre étude se centre entre autres sur le profil des publics : il s'agit d'étudier les différences entre le public des optant-CPAM et celui des optant-OC. En ce sens, nous avons souhaité interroger les bénéficiaires de la CMU-C de la CPAM du Rhône, via un questionnaire, pour tester notamment l'hypothèse selon laquelle le profil et les motivations des bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC diffère de celui des bénéficiaires ayant confié leurs droits à la CPAM.

1. Les motivations des bénéficiaires choisissant une CPAM

a. L'impact du profil socio-économique comme déterminant important du choix de gestion

Il ressort des réponses apportées aux questionnaires que les bénéficiaires optant pour la gestion par la CPAM ont des profils différents des bénéficiaires optant pour une gestion par un OC.

Tout d'abord, le public des bénéficiaires ayant choisi de confier ses droits à un organisme complémentaire est comparativement plus jeune que le public ayant confié ses droits à une CPAM. Ces derniers ont répondu être âgés de 35 à 44 ans à 26,57%, puis de 45 à 54 ans pour 25,20% d'entre eux. Les premiers – gestion OC – ont répondu quant à eux être âgés de 25 à 34 ans pour 30,39% d'entre eux, puis de 35 à 44 ans pour 26,52% d'entre eux. Dans les deux cas, la structure familiale est majoritairement de type monoparental (environ 70% se déclarent célibataires et ont des enfants).

Ensuite, les optant-OC ont un niveau d'études supérieur aux optant-CPAM : 45% d'entre eux ont fait des études secondaires, et 26% ont fait des études supérieures, tandis qu'ils sont 28% sans diplôme. A l'inverse, les optant-CPAM sont majoritairement sans diplôme (41%), 38% d'entre eux ont fait des études secondaires, et seulement 20% d'entre eux ont fait des études supérieures. Ils sont issus majoritairement dans les deux cas de la Catégorie Socio-Professionnelle des Employés. Néanmoins les professions intermédiaires (7,5% contre 5,77% chez les optant-CPAM), ainsi que les cadres (5% des optant-OC) sont plus représentés chez les optant-OC.

Par ailleurs, les optant-CPAM sont davantage bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active que les optant-OC (59% pour les premiers, 49% pour les derniers). Les optant-OC se trouvent davantage « Sans emploi » (31% d'entre eux, contre 21% pour les optant-CPAM) : on peut avancer qu'ils perçoivent encore des allocations chômage, et sont donc dans une situation moins précaire que les optant-OC. Ceci nous est confirmé par le fait que 68,6% des optant-CPAM sont au chômage depuis plus de 2 ans (contre 53% des optant-OC), et que ces derniers sont bénéficiaires à la CMU-C depuis plus longtemps (68% contre 32% pour les optant-OC). De plus, 82,95% de ceux qui ont répondu vouloir conserver leur complémentaire pensent que leur affiliation à la CMU-C est provisoire.

Ceci vient corroborer l'hypothèse selon laquelle les bénéficiaires choisissant la CPAM constituent un public plus fragile, moins autonome dans les démarches administratives et sont dans une situation plus précaire.

b. La confiance comme déterminant de poids pour l'option CPAM

En ce qui concerne la question des motivations des optant-CPAM, il ressort que les critères « subjectifs » prévalent sur les critères « objectifs » de motivation. En effet, le premier motif ressortant des résultats des questionnaires envoyés aux optant-CPAM est « Je fais davantage confiance à la Sécurité sociale qu'aux mutuelles » (26,61%). Ce critère « subjectif » de motivation – basé sur la confiance – arrive devant les critères « objectifs » de simplicité – lié au guichet unique – ou aux avantages financiers. Il faut par ailleurs le mettre en parallèle avec le motif de familiarité avec la CPAM mis en valeur par les répondants à hauteur de 14,92%.

Pourquoi avez-vous choisi la CPAM / un OC ?	Motifs invoqués par les optant-CPAM :	Motifs invoqués par les optant-OC :
	1 – Confiance : 26,61%	1 – Conserver complémentaire : 47,74%
	2 – Simplicité : 21,37%	2 – Financièrement avantageux : 10,70%
	3 – Gestion unique : 20,97%	3 – Tradition (« Je suis traditionnellement attaché à ma mutuelle ») : 9,47 %
	4 – Familiarité : 14,92%	4 – Incitation CPAM : 9,05%
	5 – Avantage financier : 11,29%	5 – Stigmatisation : 7,82%
	6 – Incitation par la CPAM : 3,63%	6 – Autres : 6,58%
	7 – Autres : 1,21%	(Incitation OC, obligation normative, stigmatisation...)
		7 – Tarifs préférentiels : 5,76 %

De fait, les assurés s'affilient à la CMU-C par le biais de la CPAM qui est le contact entrant et privilégié pour l'affiliation. Ainsi, une relation de confiance dans le cadre du parcours CMU-C et des modalités de contact avec les bénéficiaires s'instaure de manière automatique.

c. Un phénomène de défection d'une gestion par un OC vers une gestion par la CPAM

Si les optant-OC précédemment adhérent à une mutuelle font le choix majoritaire de conserver leur organisme gestionnaire, les résultats de l'enquête auprès des optant-CPAM interrogent. En effet, près de 40% bénéficiaient précédemment d'une mutuelle dont 73% au titre individuel : pourtant, ces derniers n'ont donc pas fait le choix d'opter pour une complémentaire.

On peut ainsi apporter deux explications premières à ce phénomène : soit les mutuelles dont ils bénéficiaient n'étaient pas présentes sur la liste d'agrément, soit des changements d'option ont été opérés entre la première année d'affiliation et la seconde. Cependant, cette question n'a pas été intégrée à l'enquête et reste à approfondir afin d'identifier s'il y a des évolutions à ce niveau dans le parcours d'un bénéficiaire de la CMU-C au titre de l'Etat et interroger ainsi ce qui motiveraient ces changements.

Enfin, pour expliquer ce phénomène de défection des bénéficiaires optant pour l'Etat, nous avons constaté lors des entretiens que les CPAM pratiquaient une forme de « filtrage » en fonction des profils socio-économiques des assurés reçus en accueil. Ce « ciblage » ne repose pas nécessairement sur des critères objectifs mais largement sur une forme de stigmatisation des individus qui, en finalité va prédominer et influencer fortement le choix de l'assuré. Ainsi, pour illustrer cette tendance, on peut reprendre les propos de la CPAM de l'Aude qui pourtant valorise largement l'adhésion à un organisme complémentaire : « *en réalité, on a déjà une idée de la perception et de la connaissance des assurés du milieu des OC lorsqu'on constitue le dossier* ».

Si l'obligation d'affiliation la première année est déterminante dans le choix des assurés, il n'en demeure pas moins que ces derniers ne possèdent donc pas tous les éléments d'information leur permettant d'exercer leur choix en toute transparence.

2. Les motivations des bénéficiaires optant pour un organisme complémentaire

L'enquête nous permet de détailler les formes de motivation des bénéficiaires optant pour un organisme complémentaire. Cependant cette analyse comporte un biais important dans la mesure où seul 79,10% des interrogés savent que leur CMU-C est gérée par un OC. Parmi les 181 personnes répondantes, plus d'un cinquième n'avait donc pas ou plus connaissance de son affiliation à un organisme complémentaire. Ce résultat laisse ainsi à penser que l'effort d'information auprès des bénéficiaires n'est sans doute pas assez explicite : les assurés n'ont en effet pas de trace matérialisée quant à leur option d'adhésion (notamment pour ceux qui bénéficient d'une option mutualiste au titre de la continuité d'affiliation durant la première année).

Au-delà de motivations individuelles, qu'elles soient objectives ou subjectives ; les bénéficiaires optant pour une couverture par une complémentaire sont avant tout soumis à une obligation durant la première année d'affiliation. Pour autant, les éléments subjectifs de motivation demeurent importants pour les assurés interrogés.

a. Le refus de la stigmatisation

L'une de nos hypothèses repose sur la crainte des assurés à être stigmatisés en tant que bénéficiaires de la CMU-C et d'une prestation relevant de l'Etat : afin d'échapper à ces formes de condamnation, les assurés feraient donc le choix d'être affiliés à un organisme complémentaire.

Cette thèse n'est que partiellement vérifiée par les résultats de l'enquête dans la mesure où elle n'apparaît pas être la principale motivation pour adhérer à un organisme complémentaire plutôt qu'à la CPAM.

Ainsi à la question « *Pourquoi avez-vous choisi une mutuelle ?* », seuls 7,82% des répondants affirment « *Vouloir être traité comme un assuré classique et ne pas être stigmatisé* ». C'est ainsi le cinquième choix parmi les réponses proposées.

Si le refus de la stigmatisation n'est pas la motivation première, on peut cependant voir apparaître dans les motifs « *Autres* », des éléments de réponses qui renvoient à cette idée première. Ainsi, l'un des interrogés précise que « *Je ne voulais plus que certains professionnels de santé refusent de délivrer des soins à moi-même ou ma fille* ».

Cette réponse révèle ainsi la crainte des assurés liée au statut de bénéficiaire de la CMU-C et aux difficultés d'accès aux soins qui y sont associés, comme l'a mis en relief le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU de juillet 2009 constatant ainsi que « *le refus de soins existe et [que] son ampleur ne saurait être qualifiée de marginale et anecdotique* ».

Ainsi le phénomène de refus de soins, souligné par différents instituts et associations (enquête IRDES et CISS en 2009) apparaît comme un élément de motivation, à mettre en lien avec la peur de stigmatisation du bénéficiaire de la CMU-C.

La suite de l'enquête permet d'expliquer la faiblesse du refus de stigmatisation dans la mesure où près de 83% estiment leur situation provisoire et ne peuvent donc se percevoir comme une population fragilisée et stigmatisée. Il est vrai que leur situation socio-économique paraît moins vulnérable que les assurés optant pour l'Etat : ils sont ainsi 10% de moins à bénéficier du RSA et se déclarent sans emploi depuis une période plus courte (34% pour les optant-OC contre 19% pour les optant-CPAM).

Ainsi, si le refus de stigmatisation apparaît un élément subjectif de motivation pour certains assurés, il ne peut être considéré comme le levier premier motivant le choix de rattachement auprès d'un organisme complémentaire.

b. La volonté de conserver son ancienne mutuelle

Près de la moitié des personnes interrogées souhaitent conserver leur ancienne mutuelle (47,74%). C'est le premier motif d'adhésion, loin devant les autres propositions soumises. Il faut par ailleurs ajouter les 9,4% qui ont répondu en première motivation être « *traditionnellement attaché à leur mutuelle* ». Les assurés se positionnent donc sur le choix d'une complémentaire dans un souci de continuité de la gestion de leur droit. On peut ainsi estimer que les bénéficiaires sont dans une logique de confiance dans la relation à leur organisme complémentaire, ce qui les conduit à conserver cette option. Là encore, ce choix repose sur un élément subjectif de motivation qui ne peut être expliqué par une démarche totalement rationalisée de la part des individus.

De plus, l'impact de l'implantation des mutuelles sur un territoire, a déjà été souligné. En complément, nous avons également relevé au travers des entretiens, l'influence de l'image des OC sur un territoire qui va pousser les assurés à choisir un organisme en particulier : « *certaines organismes ont bonne presse et les personnes préfèrent les choisir, Via Santé a fait énormément de publicités sur le département* », comme le relève la CPAM de l'Aude. Ainsi, la politique commerciale des OC influencerait largement sur le choix préférentiel des assurés à conserver leur mutuelle pour assurer la gestion de leur CMU-C.

On peut également recouper le fait que les assurés déclarent majoritairement vouloir conserver leur ancienne mutuelle par l'obligation réglementaire qui est attachée. 80% des optant-OC était précédemment affilié à titre individuel à une complémentaire avant de

bénéficiaire de la CMU-C (contre 47% pour l'ensemble de la population française). On peut ainsi supposer que ces derniers ont fait le choix de conserver cette mutuelle dans la mesure où celle-ci est présente sur la liste des organismes agréés.

c. L'attrait du contrat de sortie et des tarifs préférentiels

L'une de nos hypothèses porte sur l'intérêt et l'avantage financier perçu par les bénéficiaires pour opter pour une gestion par un OC.

Les résultats de l'enquête tendent à confirmer dans un premier temps cette thèse dans la mesure où le second motif relevé pour le choix d'une mutuelle est le fait que « ce mode de gestion serait financièrement plus avantageux » (10,7%). Mais seulement 5,76% des répondants considèrent en premier motif d'adhésion le fait de « bénéficier des tarifs préférentiels du contrat de sortie ». Ainsi, plus de 15% des optant-OC ont motivé leur choix d'adhésion pour des raisons financières. Cette proportion demeure pour autant faible comparativement au premier motif de conservation qui recueille près de la moitié des réponses.

Aussi, cette hypothèse liée à l'attrait du contrat de sortie est contrecarrée lorsqu'on la corrèle au fait que seuls 9% déclarent avoir été informés des tarifs préférentiels du contrat de sortie. La faible information sur les contrats de sortie est en effet corroborée par les entretiens réalisés auprès des CPAM qui mettent en exergue le manque d'argumentation sur les contrats de sortie malgré les informations mis à disposition sur le sujet (argumentaire dans l'outil de GRC Medialog) : « *en réalité, on se trouve face à une population relativement précaire et qui a du mal à se projeter, à se dire « un jour je vais sortir de la CMU donc j'aurai droit au tarif préférentiel... »* (CPAM du Puy en Velay).

Ainsi, plus que l'attrait financier lié au contrat de sortie, l'enquête démontre un phénomène paradoxal : si la motivation financière existe, celle-ci n'est pas objectivée et rationalisée par les optant-OC et ne serait donc qu'un motif subjectif de choix de la part des personnes concernées.

Ce paradoxe révélé par les résultats de notre étude, démontre d'autant plus l'effort qui reste à conduire au sein du réseau de l'assurance maladie en matière de communication et de transparence sur les tarifs préférentiels liés au contrat de sortie. En effet, il est important que les assurés puissent réaliser leur choix éclairé de façon éclairé, en se basant avant tout sur des données objectives et positivées.

La prévalence des critères subjectifs sur les critères objectifs de motivation – confiance dans la CPAM, attachement à la mutuelle – nous incite à nous demander si les bénéficiaires ont été en mesure d'effectuer un raisonnement éclairé pour effectuer leur choix. En effet, si les bénéficiaires se fondent sur des critères subjectifs, c'est peut-être parce qu'ils ne possédaient pas les informations nécessaires à la réalisation d'un arbitrage de type coûts/avantages, plus objectif. Nous mettons en parallèle cette idée avec le manque de transparence dans la communication qui ressort des résultats du questionnaire.

III – PRECONISATIONS : FACILITER LA GESTION ET RENFORCER LA TRANSPARENCE DU DISPOSITIF

A. FACILITER LA GESTION DU DISPOSITIF

Les résultats de l'enquête démontrent les difficultés liées à la gestion du dispositif et l'accès à l'information. Aussi, nous avons pu identifier des pistes facilitant la mise à disposition d'informations ainsi que les échanges entre organismes du régime général et organismes complémentaires. Les propositions suivantes s'appuient sur des moyens et outils de développement propres au système d'information du fonds CMU, des CPAM et des OC.

1. Dématérialiser les flux de gestion des formulaires d'adhésion entre les CPAM et les mutuelles

Les professionnels interviewés, aussi bien en CPAM qu'en OC ont mis en exergue les obstacles techniques à une gestion fluidifiée du dispositif. En effet, lorsqu'un assuré opte pour une gestion par un organisme complémentaire, cela nécessite pour les CPAM de déployer des moyens supplémentaires afin de gérer l'envoi non dématérialisé des documents nécessaires à l'affiliation à l'organisme complémentaire choisi. Comme nous l'avons relevé, cette activité peut générer des délais supplémentaires de traitement et mettre en difficulté les organismes soumis à des retards de production. Cela pourrait expliquer en partie la défection des assurés d'une gestion par un OC au profit d'une gestion par la CPAM.

Afin de pallier cette difficulté, il est donc nécessaire de développer la dématérialisation des flux entre organismes. Cette possibilité est directement conjointe à l'intérêt d'une centralisation de la gestion des bénéficiaires de la CMU-C au sein des réseaux nationaux mutualistes et assurantiels.

Cette proposition repose sur plusieurs préalables afin de faciliter sa mise en œuvre :

- En premier lieu, elle nécessite l'instauration d'une coopération entre OC et CPAM qui peut s'appuyer sur l'implication du Fonds CMU.
- En second lieu, le développement d'une relation dématérialisée peut s'appuyer sur l'expertise et les moyens disponibles au sein de la direction des systèmes d'information de la CNAMTS.

D'un point de vue opérationnel, le déploiement d'un tel système peut se concrétiser selon différentes modalités, en fonction des nombreux outils permettant aujourd'hui de s'appuyer sur des développements techniques, tout en assurant un niveau optimal de sécurisation des données et des échanges. Pour exemple, le dispositif peut s'appuyer sur le développement d'un système de « workflow » dédié, sur la mise en place de serveurs FTP, ou plus simplement sur des échanges dématérialisés via des boîtes électroniques dédiées...

Ainsi de nombreuses solutions techniques sont à la portée des organismes afin de faciliter les échanges par des circuits modernisés et assurer une relation de gestion gagnant-gagnant tant pour les CPAM que pour les OC

2. Améliorer l'utilisation de la liste

La liste des organismes agréés pour la gestion de la CMU-C est un outil central pour le bon fonctionnement du dispositif. Il ressort de notre étude que celle-ci souffre d'une image

de non-fiabilité et de complexité. Les modalités d'accès à l'information contenue dans cette liste restent donc perfectibles et doivent être repensées, voire différenciées, dans une vision centrée sur ses utilisateurs. Nos préconisations ont aussi pour objectif d'en accroître l'ergonomie et la fiabilité.

a. Orienter la liste d'agrément vers la satisfaction des besoins de ses utilisateurs

Dans le cadre de la CMU-C, il est possible de recenser deux utilisateurs de la liste des OC agréés : le réseau de l'Assurance Maladie et les assurés. Partant du même besoin d'information sur la dénomination des OC agréés, leurs attentes se différencient rapidement puisque les CPAM sont en rapport avec les centres de traitement des OC tandis que les bénéficiaires peuvent être intéressés par les agences d'accueil.

Afin d'assurer la pleine utilisation de la liste des OC agréés, celle-ci doit donc être reconsidérée, dans une vision centrée sur ses « clients » et leurs besoins. De plus, dans le cadre d'un dispositif qui souffre d'une certaine opacité et d'une image de complexité, la liste doit être ergonomique, exhaustive et fiable. Un outil spécifique à chaque destinataire pourrait donc être développé pour s'assurer de la satisfaction des attentes de chacun sans risquer la surinformation.

La liste pourrait donc être distinguée entre une partie gestion à destination des CPAM et une partie accueil à destination des bénéficiaires :

- ▼ **Côté CPAM** : les besoins qui ont été recensés dans le cadre de cette étude concerne la fiabilité de l'adresse du centre de traitement de l'OC mais aussi l'accès à une information utile à la gestion tels que le numéro d'identifiant de l'OC. Dans le cadre de notre étude, l'outil développé par la CPAM de l'Isère a notamment attiré notre attention. Cet outil développé localement, en cours de demande de labellisation nationale, permet de retrouver toutes les informations utiles au traitement de la CMU-C côté CPAM. Mise à disposition des agents via l'intranet du réseau, cet outil permet de réaliser des recherches via différentes entrées (Nom, Numéro de Mutuelle ou Ville) pour s'adapter aux situations de gestion.
- ▼ **Côté assurés** : les principaux déterminants que notre étude a mis en lumière sont l'attachement traditionnel et la proximité géographique. Cet outil devra donc recenser les points d'accueil du département mais permettre aussi la recherche d'un OC particulier. Compte tenu de l'importance des CPAM dans cette étape pour les optant-OC, cette liste devra être transmise au réseau de l'Assurance Maladie sous format dématérialisé, de type base de données, pour servir de base à la création adaptée de supports de communication.

Au final, l'effort d'ergonomie ne semble pas être central pour la bonne utilisation de cette liste. Côté CPAM, l'élément primordial est l'exhaustivité des informations et la transmission sous un format permettant aux caisses d'inclure ces informations aux outils de gestion. Côté bénéficiaires, les modalités d'accès via internet qui sont actuellement disponibles semblent suffisamment intuitives. L'impression de complexité de la liste semble résulter de l'image défavorable qui entoure l'ensemble du dispositif plutôt que d'un réel manque d'ergonomie de l'outil. Pour autant en multipliant les possibilités de recherche (par nom d'OC, par ville, par département...) les assurés pourraient accéder à l'information suivant leurs propres critères d'intérêt.

b. Fiabiliser la liste d'agrément

L'autre élément qui doit être assuré pour optimiser l'utilisation de la liste des OC agréés est son niveau de mise à jour, sa fiabilité, jusqu'au niveau d'information le plus fin. Le manque de fiabilité de la liste pénalise fortement les assurés mais surtout les caisses primaires pour la gestion des dossiers et le recouvrement des prestations indues. Dans les rapports entre le Fonds CMU, chargé de l'actualisation de la liste, et les organismes complémentaires, cette problématique doit être replacée au premier plan et être mise en œuvre de manière simple et efficace.

Au préalable, les OC doivent être incitées à évoluer vers une centralisation de leur gestion de la CMU-C ou au moins vers la désignation d'une adresse unique pour l'envoi des formulaires d'inscription. De la même manière, la désignation d'un référent unique par OC permettrait d'optimiser et de fluidifier le traitement du dispositif. Comme nous l'avons vu, l'option OC n'est pas toujours mise en avant par les CPAM compte tenu des actes de gestion supplémentaires qui sont rendus nécessaires. L'objectif de cette préconisation réside à la fois dans la constitution de pôles d'expertise au sein des OC mais aussi dans la fluidification de l'interface avec les CPAM.

Pour faire progresser la fiabilité de la liste d'agrément, la responsabilité est double. Au niveau national, le Fonds CMU doit garantir la précision de la liste concernant les OC agréés. Au niveau territorial, la responsabilité repose sur les OC qui sont seuls garants de la précision des informations transmises au Fonds CMU. Dans le cadre de cette recherche-action, l'étude de l'outil développé par la CPAM de l'Isère nous a permis de constater l'important travail de veille que la tenue d'une liste pleinement opérationnelle peut représenter pour les structures locales. Se basant sur les informations parues au Journal Officiel, dans Mediam ou par le travail des services de gestion, la liste doit continuellement être mise à jour.

Il pourrait donc être envisagé qu'un travail partenarial soit mis en place en renforçant la place du Fonds CMU au cœur du dispositif. En lien avec les OC, le Fonds assurerait l'exactitude et l'actualisation de la liste tout au long de l'année. Cette liste servirait à l'information des assurés puis, la CNAMTS, en lien avec la ou les caisses les plus engagés sur le sujet, ferait de cette liste l'outil de gestion performant nécessaire au traitement de la CMU-C.

B. AMELIORER LA TRANSPARENCE EN RENFORÇANT L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION

1. Redynamiser la communication sur le dispositif au sein de l'AM

a. Renforcer le rôle de coordination de la CNAMTS auprès du réseau

- ▼ Réactualiser les procédures et lettres réglementaires

Si des efforts de communication sur les dispositions réglementaires liées au choix de gestion de la CMU-C ont été faits durant les premières années de la mise en place du dispositif, la dernière lettre -réseau diffusée par la CNAMTS évoquant expressément ce point est datée de l'année 2006. Le document LR/DNR/15-2006 concerne la diffusion d'un guide

de procédures CMU-C élaboré conjointement entre la CNAMTS et les fédérations d'organismes complémentaires. Les deux parties travaillent de manière continue et collective sur les adaptations réglementaires et la préparation des dispositions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. Pourtant, la dimension spécifique du choix de gestion n'a pas été abordée dans le cadre des communications à l'attention du réseau depuis de nombreuses années, et ce, malgré la mise en place en 2011 et 2012 du parcours attentionné auprès des bénéficiaires de la CMU-C.

De fait, les caisses primaires sont amenées à réaliser des informations et des rappels_ notamment dans le cadre de l'intégration de nouveaux collaborateurs_ sans pouvoir s'appuyer sur une documentation réglementaire normée et actualisée.

Par ailleurs, l'enquête a démontré le très faible niveau d'information délivré aux assurés concernant les dispositions relatives aux tarifs préférentiels du contrat de sortie dans le cadre de la gestion par un organisme complémentaire. Ce point particulier fait pourtant l'objet d'un chapitre spécifique intégré à l'argumentaire disponible sous l'outil de GRC Medialog mais reste méconnu des agents d'accueil (les téléconseillers étant plus à même de recourir aux scripts disponibles informatiquement)

Aussi, l'enjeu consiste à favoriser un niveau d'information homogénéisé au sein du réseau de l'assurance maladie, qui passe nécessairement par une forte mobilisation de la caisse nationale, en lien avec le Fonds CMU.

Afin de favoriser la diffusion et l'intégration par les agents d'une information précise et qualitative, nous proposons donc :

- de diffuser une lettre réseau réactualisée rappelant la nécessité d'une information claire et transparente sur le choix optionnel de gestion de la CMU-C par l'Etat ou un organisme complémentaire

- de valoriser l'argumentaire Medialog et l'utilisation de cet outil afin de souligner l'enjeu de la communication sur les tarifs préférentiels du contrat de sortie

▼ Favoriser un choix éclairé dans le cadre du parcours attentionné CMU-C

L'enquête a mis en lumière le biais d'information introduit par les pré-supposés des agents d'accueil face au public potentiellement bénéficiaires de la CMU-C. Il appartient là encore à la caisse nationale d'être à l'initiative d'un dépassement de ces formes de préjugés et d'une valorisation d'un discours harmonisé auprès de tous les assurés déjà bénéficiaires d'un contrat complémentaire (Il s'agit de faire en sorte de promouvoir les avantages du choix de rattachement à un OC et notamment du tarif préférentiel).

Ainsi le principe de choix et l'information sur les tarifs préférentiels devraient être intégrés de manière plus officielle via des modes opératoires adaptés, afin d'orienter au mieux les bénéficiaires de la CMU-C dans leur parcours attentionné. Des propositions complémentaires seront également faites afin de structurer les rendez-vous du parcours et y intégrer systématiquement ces éléments.

b. Améliorer et harmoniser la formation des agents d'accueil

Nous avons pu constater au long des entretiens avec les CPAM que la formation des agents d'accueil à la CMU-C se réalisait en local. Pourtant ce point est intégré à la formation nationale des techniciens d'assurance maladie chargés de la gestion des bénéficiaires ainsi que des téléconseillers (catalogue nationale de l'Union des Caisses Nationales de Sécurité

Sociale_ UCANSS)

Ainsi chaque caisse primaire est chargée de dispenser cette formation spécifique aux agents d'accueil ce qui laisse craindre une forte hétérogénéité quant aux connaissances inculquées.

Aussi, afin de pallier ce risque, il serait opportun de travailler deux axes particuliers de la politique de formation des organismes de sécurité sociale :

- D'une part, l'harmonisation des savoirs passe par la consolidation d'une offre de formation adaptée au niveau national, en appui avec l'UCANSS. Pour ce faire, le réseau peut se saisir du développement des parcours attentionnés des bénéficiaires de la CMU-C afin de mettre en œuvre une formation spécifique, intégrant l'information sur l'option de gestion de l'assuré.
- D'autre part, au niveau local, les organismes peuvent s'appuyer davantage sur l'expertise et les connaissances des responsables et référents des services précarité, chargés du traitement en back office des dossiers d'affiliation.

En complément, un renforcement des coopérations et de la transversalité entre front office et back office serait profitable à une communication éclairée sur le dispositif. Cette collaboration peut s'instaurer également via des échanges réguliers d'information ou des participations conjointes aux réunions de service, par exemple. Ces échanges renforcés faciliteront l'intégration des rappels réglementaires quant à la gestion des droits, et spécifiquement à l'étape optionnelle afin d'en faciliter le traitement et de fluidifier la relation avec les OC.

c. Adapter l'effort de communication aux publics

Il ressort des entretiens et des questionnaires que l'effort de communication auprès des bénéficiaires paraît perfectible. Les optant-CPAM paraissent peu informés de la possibilité de confier leurs droits à un OC, et auraient souhaité l'être. Seulement 80% des optant-OC interrogés ont déclaré savoir que leur droits étaient gérés par un organisme complémentaire. L'information n'est délivrée que pour ceux qui la demandent, et qui sont donc déjà pré-informés. Dans les deux choix d'option, les tarifs préférentiels du contrat de sortie sont méconnus.

Le dispositif de gestion de la CMU-C semble pâtir d'un manque de transparence, qui est préjudiciable aux bénéficiaires. Il s'agit de garantir leur liberté de choix, en mettant en place les conditions nécessaires à l'exercice d'un arbitrage éclairé.

▼ Mettre en place un accueil sur rendez-vous

Les bénéficiaires de la CMU-C constituent un public fragile. Conformément à la politique de la branche maladie et dans le cadre des parcours attentionnés, il s'agirait de développer la pratique d'accueil sur rendez-vous de ce type de publics. Cette préconisation prend une importance d'autant plus forte que l'on voit varier la communication des agents d'accueil en fonction des difficultés de production de la caisse primaire, ou du niveau présumé d'autonomie dans les démarches administratives du bénéficiaire. L'accompagnement, ainsi renforcé, sera mieux adapté : l'effort de communication est appelé à être modulé en fonction de la connaissance ou méconnaissance sur le dispositif.

▼ Améliorer la communication sur les avantages et inconvénients de chaque option

Les agents, préalablement sensibilisés dans le cadre d'une formation, pourraient communiquer lors de ces rendez-vous de façon plus exhaustive sur les avantages et

inconvénients de chaque option. En particulier, les tarifs préférentiels dont pourraient bénéficier les optant-OC à la sortie du dispositif, constituent un avantage trop peu évoqué aujourd'hui. Il s'agit de véhiculer une information neutre et complète afin que le bénéficiaire puisse comprendre les enjeux de chaque choix d'option.

2. Conforter les partenariats avec les acteurs sociaux de proximité afin de renforcer la diffusion d'une information complète et fiable

a. Instaurer des conventions de partenariat locales entre les CPAM et les CAF

Les CAF sont des interlocuteurs sociaux importants et devraient davantage participer au dispositif de gestion de la CMU-C notamment pour leurs allocataires bénéficiaires du RSA. Les CAF doivent davantage s'impliquer dans la gestion des droits connexes dont la CMU-C notamment, en pré-instruisant les dossiers de demande et en délivrant les formulaires aux bénéficiaires du RSA. Cependant, ce dispositif d'accompagnement n'est souvent pas opérationnel du fait des difficultés des CAF, d'un manque de volonté ou de moyens.

Dans un premier temps, il est important de communiquer auprès des CAF afin de relativiser le travail impliqué par la pré-instruction des dossiers de CMU-C. L'explication des procédures de gestion peut rassurer les CAF sur le travail induit par leur implication.

Dans un deuxième temps, il serait souhaitable d'intégrer et de faciliter les circuits de communication avec les CAF en accélérant la mise en place de la dématérialisation des transferts de dossiers de CMU-C entre la CAF et la CPAM. Le traitement automatique des demandes de CMU-C dans le cadre de la gestion du RSA est également à promouvoir et allègerait la charge de travail des CAF liée à leur participation au dispositif. Cela pourrait, par conséquent, renforcer leur volonté de s'associer à la gestion de la CMU-C.

Toutefois, si les CAF sont plus impliquées dans la gestion de la CMU-C, si les agents pré-instruisent les dossiers et diffusent les formulaires de demande, il est important de les informer préalablement sur les deux possibilités de gestion des droits en leur communiquant les avantages et inconvénients de la gestion par un OC ou une CPAM.

La mise en place de conventions de partenariat locales pourrait dynamiser l'investissement des CAF en fixant leurs obligations et les contreparties afférentes. Ces conventions permettraient de stabiliser et de clarifier les modalités de coopération en fixant précisément les engagements de chaque partie sur le moyen terme.

b. Renforcer la coordination entre les Caisses Nationales

La CNAMTS et la CNAF pourraient participer plus fermement à l'amélioration de la gestion du dispositif en clarifiant les rôles respectifs des CPAM et CAF. La définition du périmètre d'intervention des CAF dans l'instruction des demandes de CMU-C pour les bénéficiaires du RSA pourrait être précisée. L'implication des CAF et les modalités concrètes de participation pourraient être affirmées au niveau national afin de faire de cette coopération CPAM / CAF une réalité opérante. Des instructions nationales pourraient être élaborées de concert entre la CNAMTS et la CNAF et diffusées dans le réseau afin de garantir et préciser le rôle des CAF et d'harmoniser les pratiques de coopération existantes.

c. Développer la diffusion d'informations auprès des autres structures sociales

La compréhension du dispositif de CMU-C est complexifiée par l'évolution et l'instabilité de la législation. Parmi la population des travailleurs sociaux, les niveaux de compréhension du dispositif et des modalités de choix de l'organisme gestionnaire sont variables.

Il est donc nécessaire d'organiser des séances d'informations avec les diverses structures sociales de proximité afin qu'elles puissent relayer une information complète et fiable auprès des publics bénéficiaires de la CMU-C. Cette communication est d'autant plus importante que le rôle d'information des assistantes sociales est déjà développé. Près de 6% des optant-OC ont en effet été informés de la possibilité de confier leurs droits à un OC via le relai des assistantes sociales. Il faudrait donc fiabiliser la communication et informer les partenaires sociaux des deux modalités de gestion afin que les bénéficiaires de la CMU-C en contact avec ces structures puissent faire leur choix en toute connaissance.

Des conventions pourraient également être établies afin de rendre cette coopération avec les acteurs sociaux plus transparente et fiable. Les acteurs sociaux s'engageraient au travers de ces partenariats contractualisés à accompagner les publics fragiles dans leurs démarches de demande de CMU-C et en contrepartie des moyens pourraient leur être alloués. Des dépliants formalisés sur les procédures à suivre et expliquant les choix de gestion pourraient être conçus et mis à disposition des structures pour les aider dans leurs démarches de communication.

CONCLUSION

En somme, on peut rappeler les trois solutions de gestion de la CMU-C.

Dans la première solution, la CMU-C est gérée intégralement par les organismes complémentaires. Cette solution avait été appuyée par les Fédérations de mutuelles, qui dénonçaient, sinon la concurrence déloyale, du moins le manque de coopération entre les organismes complémentaires et l'Assurance Maladie.

Dans la deuxième solution, la CMU-C est gérée complètement par l'Assurance Maladie. En 2006, la Cour des Comptes préconisait cette solution dans ces termes : « *étudier la simplification du dispositif en confiant à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire.* »

Dans la troisième solution, il s'agissait de mettre en place un système novateur, mixte, permettant au bénéficiaire de faire le choix entre la gestion par la CPAM, ou la gestion par un OC agréé. A la lumière de ce rapport, force est de constater que ce système hybride n'a de sens que s'il est équilibré entre les deux organismes gestionnaires, et que le bénéficiaire, placé au centre du dispositif, puisse le choisir librement.

Objectifs des entretiens semi-directifs

(Cf. présentation dans la note de cadrage)

Il faut rappeler ici l'enjeu essentiel de la conduite de ces entretiens, à savoir comprendre Pourquoi et comment un Cmuistes, choisit de faire gérer sa CMU par une CPAM ou par un OC ?

Dans cette perspective comparative, les entretiens seront conduits d'une part auprès d'experts issus du réseau des caisses primaires, et d'autre part de spécialistes évoluant en organisme complémentaire gestionnaire de la CMU-C.

Les entretiens sont construits sur la base du développement de 2 thématiques principales et une dizaine de questions au maximum.

En effet, afin de multiplier les recueils d'avis et faciliter notre analyse, nous avons fait le choix de réaliser les entretiens en conférence téléphonique ou visio-conférence selon les moyens mis à disposition. Du fait, du mode de passation choisi, ces entretiens ne pourront durer plus de 20 minutes.

Rappel de la méthode :

La grille de questions ci-dessous sert de supports et de trame à l'entretien. Certaines questions sont incontournables afin de cerner au mieux la problématique de l'organisme interviewé. Les autres questions peuvent servir de rebond afin de dynamiser l'entretien ou de compléments si les précisions ne sont pas apportées spontanément par l'interlocuteur.

En effet, le but est de conserver une interaction au cours des entretiens et de laisser une expression libre à l'interviewé.

Les entretiens se dérouleront par canal téléphonique, ce qui nécessite cependant une vigilance sur le temps consacré et de recadrer l'entretien en cas de « hors sujet » (pour conserver la spontanéité des réponses il est recommandé de ne pas envoyer les grilles d'entretien au préalable)

Utilisation du guide et méthode de passation et de restitution des entretiens

- Les questions apparaissant en gras seront inévitablement posées aux interlocuteurs.
- Les questions subsidiaires serviront de rebond ou complément.
- L'entretien se déroulera en binôme : le premier membre du groupe réalisera l'entretien, le second veillera à l'enregistrement et la prise de note en directe.
- Les entretiens seront restitués au plus près des phrases et mots employés par les personnels interrogés.

I- Les CPAM

Présentation de la démarche et du déroulement de l'entretien à l'interlocuteur

Notre projet de recherche dans le cadre de notre scolarité à l'EN3S répond à une commande du fonds CMU, dont le président d'honneur est M. Jean-François Chadelat.

Cette étude vise à comprendre l'augmentation constatée depuis quelques années du nombre de bénéficiaires de la CMU-C choisissant un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits."

Nous avons ainsi choisi d'interroger votre organisme sur ses pratiques en matière d'information et d'orientation des bénéficiaires de la CMU-C au vu des spécificité de votre organisme (à préciser selon la CPAM interrogée)

L'objectif de notre étude est double: d'une part, cerner le profil des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un OC, et d'autre part identifier les pratiques des organismes qui pourraient influencer les assurés vers ce choix

Nous vous proposons donc de conduire cet entretien à partir d'une série de questions préalablement préparé en ce sens.

o	Libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme</u>		
	Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leur droit (la mise en place des parcours attentionné CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)	
	- -Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?	
Positionnement des agents d'accueil et du front office		
	-Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C :	

	<p>Ont-ils connaissance de la liste des OC agréés et des conditions préférentielles liées au contrat de sortie ?</p> <p>(Scripts, modes opératoires, supports de communication, etc.) ?</p>	
	<p>- Les agents ont-ils suivis une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?</p>	
bis	<p>- Quel est leur niveau d'autonomie et leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires pour opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?</p> <p>- Est-ce que les agents expliquent les avantages et inconvénients de chaque option ?</p>	
Positionnement et communication vers les bénéficiaires		
	<p>Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être géré par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle fréquence ?</p>	
	<p>-Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus particulièrement les assurés à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?</p>	
	<p>-Existe-t-il des supports de communication spécifiques sur la liste des organismes complémentaires agréés ou plus largement le choix de gestion par un OC ?</p>	
	<p>- Existe-t-il des RDV particulier dédiés aux nouveaux</p>	

	bénéficiaires de la CMU-C?	
0	-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CPAM ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, ...) ?	
<u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC</u>		
1	- Existe-t-il des liens particuliers dû à l'histoire et au positionnement des OC dans votre région ?	
2	-Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?	
3	- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)	

II- Les Organismes Complémentaires

Présentation de la démarche et du déroulement de l'entretien à l'interlocuteur

Notre projet de recherche dans le cadre de notre scolarité à l'EN3S répond à une commande du fonds CMU, dont le président d'honneur est M. Jean-François Chadelat.

Cette étude vise à comprendre l'augmentation constatée depuis quelques années du nombre de bénéficiaires de la CMU-C choisissant un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits."

Nous avons ainsi choisi d'interroger votre organisme sur ses pratiques en matière de communication et de politique commerciale auprès des bénéficiaires de la CMU-C au vu du nombre conséquent de bénéficiaires gérés par votre organisme

L'objectif de notre étude est double: d'une part, cerner le profil des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un OC, et d'autre part identifier les pratiques des organismes qui pourraient influencer les assurés vers ce choix

Nous vous proposons donc de conduire cet entretien à partir d'une série de questions préalablement préparé en ce sens.

	libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique commerciale pratiquée par l'organisme</u>		
	- Votre organisme a-t-il développé une politique « commerciale » particulière concernant la gestion des bénéficiaires de la CMU-C?	
	- Si oui, quels types d'argumentaire mettez-vous en relief : existence d'un contrat de sortie, gestion délai de traitement, offres sur d'autres prestations complémentaires, permanence de la tradition mutualiste, aspect solidaire/action sociale ...) ?	
	- Avez-vous élaboré et mis à disposition des supports de communication marketing spécifiques à leur destination? Si oui, sur quels types de supports reposent votre communication (dépliant, courrier personnalisé, site internet, ...) A Quels rythmes de diffusions ?	

	<p>- pratiquez-vous systématiquement les tarifs préférentiels associés au contrat de sortie spécifiques aux bénéficiaires de la CMU-C ?</p>	
	<p>-Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus particulièrement vos adhérents à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?</p>	
	<p>- effectuez-vous une communication systématique auprès des assurés ou pratiquez-vous une communication ciblée ou personnalisée ?</p>	
<p><u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les CPAM</u></p>		
	<p>Constatez-vous une forte influence des CPAM sur les bénéficiaires de la CMU-C dans leur choix de gestion par un OC ?</p>	
	<p>-Remarquez-vous une influence selon les dynamiques géographiques impulsées et la politique des CPAM locales?</p>	
	<p>-Quels sont selon vous les principaux intérêts et enjeux pour votre organisme de « capter » les bénéficiaires de la CMU-C ? (public porteur ou non ? incidence sur les coûts de gestion ? clientèle captive? Promotion et politique marketing sur les contrats de sortie, etc.)</p> <p>Combien de contrats de sortie délivrez-vous chaque année ?</p>	

--	--	--



Aidez-nous à mieux vous comprendre...

Le saviez-vous ? Vos remboursements se divisent en deux parties : une part obligatoire, prise en charge par l'Assurance maladie, et une part complémentaire, prise en charge par la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire, votre CMU-C. Votre CMU-C peut être gérée selon votre choix, par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (la CPAM du Rhône), ou par une mutuelle.

Partie 1 : Vos motivations

Question 1 : Saviez-vous que vos droits à la CMU-C étaient gérés par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (la CPAM du Rhône) ?
 Oui Non

Question 2 : Pourquoi avez-vous choisi la CPAM ?
 (Plusieurs réponses possibles)

- Je fais davantage confiance à la Sécurité sociale qu'aux mutuelles
- Je préfère que mes soins soient remboursés intégralement par un unique organisme
- J'ai été incité(e) par ma CPAM à choisir ce mode de gestion
- Je pense que la gestion par ma CPAM est financièrement plus avantageuse pour moi
- Je suis davantage familial avec ma CPAM qu'avec les mutuelles
- Je trouve que c'est plus simple
- Autre : précisez : _____

Partie 2 : Informations délivrées sur la CMU-C

Question 3 : Saviez-vous que votre CMU-C pouvait être gérée par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institutions de prévoyance) ?
 Oui Non

- A - Si oui, vous en avez été informé(e) par ?**
- Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
 - Votre Caisse d'Allocations Familiales (CAF)
 - Une mutuelle, assurance
 - Une association
 - Un professionnel de santé
 - Le bouche à oreille
 - Autre, précisez :

- B - Si non : Auriez-vous souhaité en être informé ?**
- Oui Non
 - Auriez-vous confié la gestion de vos droits à une mutuelle ou une assurance ?
 Oui Non

Question 4 : Diriez-vous que l'information était :

- Très précise et très personnalisée
- Précise et personnalisée
- Précise et peu personnalisée
- Imprécise et impersonnelle
- Pas d'information du tout

Question 5 : Vous a-t-on communiqué la liste des mutuelles habilitées à gérer la CMU-C ?

- Oui Non

Question 6 : Vous a-t-on parlé des « tarifs préférentiels » du « contrat de sortie » des mutuelles lorsque vous ne bénéficiez plus de la CMU-C ?

- Oui Non

Question 7 : Vous a-t-on fourni des supports de communication ?

- Oui Non

Partie 3 : Votre profil

Question 8 : Vous êtes :

- Un homme Une femme

Question 9 : Quel âge avez-vous ?

- 18-24 25-34 35-44 45-54
- 55-64 65-79 80 et +

Question 10 : Quelle est votre situation familiale :

- Marié(e) En couple Célibataire

Question 11 : Avez-vous des enfants ?

- Oui Non

Question 12 : Nombre de personnes au sein du foyer bénéficiant de la CMU-C (en plus de vous-même) :

- 1 2 3 4 ou plus

Question 13 : Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme
- Secondaire (du CAP au baccalauréat)
- Etudes supérieures

Question 14 : Quelle est votre situation actuelle ?

- Sans emploi En emploi
- Bénéficiaire du RSA Retraité

Question 15 : Quel est votre emploi actuel ou quel était votre dernier emploi occupé ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employé
- Ouvrier

Question 16 : Si vous êtes sans emploi, depuis combien de temps ?

- Moins de 6 mois De 6 mois à 1 an
- De 1 an à 2 ans Plus de 2 ans

Question 17 : Depuis combien de temps bénéficiez-vous de la CMU-C ?

- Moins de 6 mois De 6 mois à 1 an
- De 1 an à 2 ans Plus de 2 ans

Question 18 : Avant la CMU-C, bénéficiez-vous d'une mutuelle ?

- Oui Non

Etait-ce au titre :

- d'un contrat collectif d'entreprise, ou
- d'un contrat individuel ?





Aidez-nous à mieux vous comprendre...

Le saviez-vous ? Vos remboursements se divisent en deux parties : une part obligatoire, prise en charge par l'Assurance maladie, et une part complémentaire, prise en charge par la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire, votre CMU-C. Votre CMU-C peut être gérée selon votre choix, par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (la CPAM du Rhône), ou par une mutuelle.

Partie 1 : Informations délivrées sur la CMU-C

Question 1 : Saviez-vous que la part complémentaire de vos remboursements était gérée par votre mutuelle ?

Oui Non

Question 2 : Comment avez-vous été informé(e) de la possibilité de confier cette prise en charge à un organisme complémentaire ?

- Par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
 Par votre Caisse d'Allocations Familiales (CAF)
 Par une mutuelle, une assurance
 Par une association
 Par un professionnel de santé
 Par le bouche à oreille
 Autre, précisez :

Question 3 : L'information était :

- Très précise et très personnalisée
 Précise et personnalisée
 Précise et peu personnalisée
 Imprécise et impersonnelle

Question 4 : Vous a-t-on communiqué la liste des mutuelles habilitées à gérer vos droits ?

Oui Non

Question 5 : Vous a-t-on parlé des « tarifs préférentiels » du « contrat de sortie » ?

Oui Non

Question 6 : Vous a-t-on donné des documents d'information sur la CMU-C ?

Oui Non

Partie 2: Vos motivations

Question 7 : Pourquoi avez-vous choisi une mutuelle ?

- Je souhaitais conserver mon ancienne complémentaire
 Si oui, je pense que mon affiliation à la CMU-C est provisoire :
 Oui Non
 Je pense que ce mode de gestion est financièrement plus avantageux pour moi
 Je souhaite bénéficier des tarifs préférentiels du contrat de sortie
 Je suis traditionnellement attaché(e) à ma mutuelle
 J'ai été incité(e) par ma CPAM à choisir une mutuelle
 Je pense que la gestion par une mutuelle est plus efficace
 Je voulais être traité comme un assuré classique et ne pas être stigmatisé
 Autre : précisez...

Partie 3 : Votre profil

Question 8 : Vous êtes :

Un homme Une femme

Question 9 : Quel âge avez-vous ?

18-24 25-34 35-44 45-54
 55-64 65-79 80 et +

Question 10 : Quelle est votre situation familiale ?

Marié(e) En couple Célibataire

Question 11 : Avez-vous des enfants ?

Oui Non

Question 12 : Nombre de personnes au sein du foyer bénéficiant éventuellement de la CMU-C (en plus de vous-même) :

1 2 3 4 ou plus

Question 13 : Quel est votre niveau d'études ?

Sans diplôme
 Secondaire (du CAP au baccalauréat)
 Etudes supérieures

Question 14 : Quelle est votre situation actuelle ?

Sans emploi En emploi
 Bénéficiaire du RSA Retraité

Question 15: Quel est votre emploi actuel ou quel était votre dernier emploi occupé ?

<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Professions Intermédiaires
<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Cadre et professions intellectuelles supérieures	<input type="checkbox"/> Ouvrier

Question 16 : Si vous êtes sans emploi, depuis combien de temps ?

Moins de 6 mois De 6 mois à 1 an
 De 1 an à 2 ans Plus de 2 ans

Question 17 : Depuis combien de temps bénéficiez-vous de la CMU-C ?

Moins de 6 mois De 6 mois à 1 an
 De 1 an à 2 ans Plus de 2 ans

Question 18 : Avant la CMU-C, si vous bénéficiez d'une mutuelle, était-ce au titre :

d'un contrat collectif d'entreprise, ou
 d'un contrat individuel ?





Objet : Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,

Vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

La CMU-C est un dispositif vous donnant droit à une protection complémentaire santé gratuite. Elle est accordée, sous condition de ressources, pour un an, et peut être renouvelée chaque année si les conditions sont toujours remplies. Ce dispositif peut être géré indifféremment par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ou un par un organisme complémentaire agréé.

Nous souhaiterions recueillir des informations sur la gestion de votre CMU-C. En effet, votre CPAM, en partenariat avec le Fonds CMU, a pour ambition de mieux vous comprendre afin de vous informer le mieux possible, pour que vous puissiez effectuer vos choix en toute liberté.

En nous retournant (dans l'enveloppe jointe préaffranchie) le questionnaire ci-joint **avant le 15 octobre 2013**, vous nous aideriez à mieux vous comprendre. Votre participation est essentielle.

Le traitement des données est fait de manière ANONYME. Vos réponses ne seront pas communiquées nominativement à votre CPAM, elles seront traitées collectivement à des fins statistiques¹.

Nous vous remercions par avance de votre coopération et vous adressons nos sincères salutations.

Eric le Boulaire
Directeur Général de la CPAM du Rhône


CPAM du RHÔNE
Eric le BOULAIRE
Directeur Général

Jean-François Chadelat
Président d'honneur du Fonds CMU


Le directeur
Jean-François Chadelat

¹ Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, les données ayant permis l'échantillonnage et les données recueillies dans ce questionnaire seront détruites au bout d'un an. Le rapport contenant les données anonymisées sera conservé dix ans.

ANNEXE 5 : TABLEAU SYNTHETIQUE DES HYPOTHESES

HYPOTHESES	QUESTIONS INTEGREES AU QUESTIONNAIRE	TRIS CROISES
<i>Questions communes aux deux questionnaires</i>		
Le sexe joue un rôle dans le fait de choisir un OC plutôt que l'AM et vice versa	Question 8 : Vous êtes : <input type="checkbox"/> Un homme <input type="checkbox"/> Une femme	Tri croisé pour la partie « Situation personnelle »
L'âge joue un rôle dans le fait de choisir un OC plutôt que l'AM et vice versa	Question 9 : Quel âge avez-vous ? <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 65-79 <input type="checkbox"/> 80 et +	
La structure familiale joue un rôle dans le fait de choisir un OC plutôt que l'AM et vice versa	Question 10 : Quelle est votre situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire Question 11 : Avez-vous des enfants ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Question 12 : Nombre de personnes au sein du foyer bénéficiant de la CMU-C (<i>en plus de vous-même</i>) : <input type="checkbox"/> 1 ; <input type="checkbox"/> 2 ; <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4 ou plus	
Le profil socio-économique influence le choix de gestion	Question 13 : Quel est votre niveau d'études ? <input type="checkbox"/> Sans diplôme ; Question 14 : Quelle est votre situation actuelle ? <input type="checkbox"/> Sans emploi ; <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA ; Question 15 : Quel est votre emploi actuel ou quel était votre dernier emploi occupé ? <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Ouvrier Question 16 : Si vous êtes sans emploi, depuis combien de temps êtes-vous au chômage ? <input type="checkbox"/> De 1 an à 2 ans ; <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans	Tri croisé pour toute la partie « Situation socioprofessionnelle » : Le profil personnel détermine le choix pour un OC ou une CPAM
Le fait de bénéficier au préalable de la CMU-C d'une mutuelle privée joue dans le choix de l'organisme (ceux qui	Question 18 : Avant la CMU-C, bénéficiaz-vous d'une mutuelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

bénéficiait d'une mutuelle avant d'être bénéficiaire de la CMU-C garderaient leur mutuelle)	Etait-ce au titre : <input type="checkbox"/> d'un contrat collectif d'entreprise ou <input type="checkbox"/> d'un contrat individuel ?	
<i>Vous avez choisi votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>		
Les bénéficiaires choisissant l'AM y voient un avantage pratique ou financier	Question 2 : Pourquoi avez-vous choisi la Sécurité sociale ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> <input type="checkbox"/> Je fais d'avantage confiance à la Sécurité sociale qu'aux mutuelles <input type="checkbox"/> Je préfère que mes soins soient remboursés intégralement par un unique organisme <input type="checkbox"/> J'ai été incité(e) par ma CPAM à choisir ce mode de gestion <input type="checkbox"/> Je pense que la gestion par ma CPAM est financièrement plus avantageuse pour moi <input type="checkbox"/> Je suis d'avantage familier avec ma CPAM qu'avec les mutuelles <input type="checkbox"/> Je trouve que c'est plus simple <input type="checkbox"/> Autre : précisez :	

ANNEXE 6 : ENTRETIEN CPAM ARDECHE

Date : 28/05/13

Entretien conduit par : J.WINO ET H.MAGNON

Désignation de l'organisme et particularités : CPAM DE L'Ardèche / taux de bénéficiaires géré en CMU-C historiquement élevé

Nom et fonction de la personne interviewée : Mme Chaffiel, responsable de la relation client et précédemment responsable agence précarité (ACS/ASS/CMU-C)

°	Libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme</u>		
	Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leur droit (la mise en place des parcours attentionné CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)	<p>Je me souviens dès la création, c'était fort, je me souviens.</p> <p>Je me souviens qu'au début j'étais régulièrement interpellé par les agents sur la complexité du système par rapport à ce choix.</p> <p>Il fallait savoir répondre aux agents pour leur donner l'explication de savoir pourquoi les OC sont à privilégier.</p> <p>Il s'agit d'une politique à l'origine de la CMU, on aurait pu faire sans les OC en disant que c'est une prestation d'Etat comme on le fait par exemple pour l'AME, simplement cela a été un choix politique de faire participer les OC à la gestion de la complémentaire. Il a fallu le respecter, c'est-à-dire montrer que les OC avait tout intérêt à participer au dispositif en le finançant et qu'ensuite en sortie de CMU, ils allaient retrouver leurs adhérents. Le but c'était celui –ci.</p> <p>Je schématise la mise en place du fonds CMU qui a été beaucoup plus complexe que ça : l'assurance maladie et les OC ont dû organiser un partenariat qui n'était pas simple.</p> <p>On avait senti une volonté nationale, et la caisse nationale qui nous incitait à porter ce discours, et nous localement, on a continué et cela se passe relativement bien.</p>
	- -Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?	<p>A la mise en place de la CMU, le discours client qu'on avait souhaité porter (on avait formé les équipes en ce sens) était en fait de privilégier l'Oc lorsque l'assuré faisant une demande de CMU a déjà une couverture</p>

		<p>complémentaire. C'est lui dire : « vous devez faire un choix au niveau de l'OC, êtes-vous déjà couvert par un organisme, et si oui, s'il fait partie du fonds Cmu (à nous de vérifier car il y en a pas mal qui en font partie mais pas tous, et on se rend compte que ces dernières années, il y en a pas mal qui se retire aussi). Le principe était d'inciter l'assuré social à maintenir ce choix de l'organisme complémentaire dans la mesure où il était connu et présent au fichier. On lui indiquait parallèlement que l'avantage (car les assurés ne comprennent pas lorsque c'est une première demande car pour eux la CMU c'est quelque chose qui n'a rien à voir avec les OC_ il fallait donc faire un peu de pédagogie sans rentrer trop dans des détails) leur dire qu'ils ont 2 options et plutôt intérêt à privilégier l'OC. bien évidemment, pour certains assurés ce n'est pas possible puisqu'on a des personnes en situation de précarité ou de fragilité qui n'ont pas d'OC et ne veulent pas faire de choix : dans ce cas, on enregistre une Cmu Etat.</p> <p>Donc ce discours qui a été porté à l'origine de la création de la CMU-C a continué d'être porté par les agents d'accueil.</p> <p>On travaille également avec les services de plateformes téléphoniques mutualisés avec 5 caisses, le discours client est à peu près le même et il est renforcé par l'outil de GRC qu'est Medialog.</p>
Positionnement des agents d'accueil et du front office		
	<p>-Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C : Ont-ils connaissance de la liste des OC agréés et des conditions préférentielles liées au contrat de sortie ?</p> <p>(Scripts, modes opératoires, supports de communication, etc.) ?</p>	<p>L'outil de GRC Medialog intègre un argumentaire sur la CMU-C, sur lequel les téléconseillers s'appuient beaucoup. Ce script est très précis sur le sujet : l'assuré conserve son organisme complémentaire dans la mesure où il fait partie du fonds CMU, c'est presque une obligation. C'est encore plus directif sous Medialog que notre discours, l'argumentaire est implacable : C'est une orientation encore plus ciblée pour amener à un choix plutôt vers les OC que vers l'Etat.</p> <p>Les tarifs préférentiels du contrat de sortie sont même donnés sous Medialog ce qui peut surprendre un peu. (nous n'allons pas jusque-là au niveau de l'accueil)</p> <p>Mis à part le discours client dans l'argumentaire Medialog, on n'a pas de modes opératoires spécifiques. Ce sont plutôt des consignes orales qui sont rappelées .au niveau de l'accueil ; les scripts médialog sont plutôt utilisés par les jeunes téléconseillers mais les anciens s'appuient sur leurs connaissances acquises.</p>
	<p>- Les agents ont-ils suivis une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?</p>	<p>Nos agents d'accueil sont formés lorsqu'ils prennent leur fonction et qui sont régulièrement briefés sur la CMU-C et sur ce choix on a un discours invariable et on porte les avantages de privilégier un Oc pour avoir les tarifs préférentiels à la sortie du dispositif</p>
	<p>- Quel est leur niveau d'autonomie et</p>	<p>On va être incitatif sur le choix OC mais sur le</p>

	<p>leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires pour opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?</p>	<p>fonctionnement des OC on reste relativement vague puisque ce sont des informations que l'on ne maîtrise pas</p> <p>Le niveau d'autonomie est total, 'est vraiment une question qui se gère au niveau de l'accueil, il n'y a jamais de recours à un responsable.</p> <p>Cela n'a jamais posé de problèmes : c'est à la fois une explication, mais il n'y a pas une insistance non plus qui dépasse le raisonnable.</p> <p>Une personne qui n'exprime pas de choix, qui n'a pas de mutuelles et qui ne souhaitent pas s'en occuper : on lui propose que ce soit l'assurance maladie qui gère.</p>
<p>Positionnement et communication vers les bénéficiaires</p>		
	<p>Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être géré par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle fréquence ?</p> <p>Pour ceux concernés, ont-ils un profil particulier ?</p>	<p>On possède un réseau de mutuelles assez limité sur le département de l'Ardèche, on a « Eovi » qui est très fort donc nous avons beaucoup d'assurés couverts par cette mutuelle ,donc lorsque ces personnes font une demande de CMU-C, elles continuent à en bénéficier.</p> <p>On a par ailleurs 2 ou 3 mutuelles qui sont importantes, suite au regroupement, qui ressortent relativement souvent. C'est plutôt la présence et la proximité qui détermine leur intérêt.</p> <p>Soit l'OC est connu, et l'assuré social est en mesure de se prononcer sur ce choix ; la plupart du temps il y a assez peu de potentiels bénéficiaires CMU qui sont intéressés par ce choix.</p> <p>Je ne peux pas vous dire s'il y a un profil particulier : il faudrait connaître la répartition de nos assurés selon les choix OC.</p>
	<p>Rencontrez-vous souvent des assurés déjà couverts par une mutuelle ? Avez-vous une part importante des bénéficiaires dans ce cas?</p>	
	<p>-Existe-t-il des supports de communication spécifiques sur la liste des organismes complémentaires agréés ou plus largement le choix de gestion par un OC ?</p>	<p>Il n'y a pas de support précis sur la nécessité de privilégier l'OC.</p> <p>Les agents ont accès à une liste d'OC qui gère la CMU mais c'est une liste nationale : au départ, les assurés pouvaient demander par écrit la liste. On ne le fait plus, maintenant cela se fait via internet.</p> <p>Localement, en accueil on leur cite 5 ou 6 OC qui</p>

		sont dans la région
	-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CPAM ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, ...) ?	<p>Sur le département, on a mis en place un partenariat avec tous les travailleurs sociaux sur la CMU-C : on s'est rendu compte que la législation et l'évolution des dispositifs, notamment l'ACS, avaient complexifiés la compréhension. On a constaté des niveaux de compréhension très différents chez les travailleurs sociaux. On les a donc conviés à quelques réunions, et on leur a fait parvenir un diaporama qui reprend tous les dispositifs, et régulièrement on leur adresse des modifications.</p> <p>Surtout, on a mis en place une ligne téléphonique dédiée aux travailleurs sociaux sur le service précarité pour répondre à leurs questions, pour l'aide à la complétude</p> <p>Au niveau des CAF, normalement depuis la mise en place du RSA, elles devaient être associées à l'accompagnement sur les droits connexes, dont la CMU-C. A ce titre-là, les CAF devaient nous transmettre directement les dossiers de CMU-C en remettant les formulaires et en aidant les bénéficiaires à les compléter.</p> <p>Sur le département de l'Ardèche, le dispositif n'est pas opérationnel, dû aux difficultés des CAF et à un manque de volonté ou de moyens de participer directement ou activement au dispositif.</p> <p>En revanche, il y a des directives nationales d'obligation : on attend dans ce cadre des évolutions des SI, qui vont permettre le traitement automatique de la demande de CMU-C dans le cadre de la gestion du RSA. Cette organisation paraît assez révolutionnaire et à terme il n'y aurait pratiquement plus de traitement en CPAM pour les bénéficiaires du RSA. Il faudra donc s'inquiéter de la question du choix entre OC et état, et porter le discours auprès des instructeurs du RSA.</p> <p>Il pourrait y avoir de la déperdition s'il on n'y prête pas attention</p>
<u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC</u>		
0	Savez-vous si les OC pratiquent bien les tarifs préférentiels du contrat de sortie ?	Alors nous ne vérifions pas, je pense que c'est le cas. Nous donnons cette information mais nous n'avons pas de retour.
1	-Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?	Oui, il y a un taux de couverture important.

2	<p>- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)</p>	<p>L'intérêt porte essentiellement pour les assurés : la sortie du dispositif doit leur permettre une couverture complémentaire avec les tarifs préférentiels. Il faut mettre en avant l'intérêt de l'assuré.</p> <p>En termes de gestion interne, évidemment, si il n'y avait que l'état, le circuit et les envois du formulaire aux OC seraient supprimés : on peut imaginer un petit gain mais qui reste marginal. Cela étant, nous sommes une petite caisse, nos délais de traitement sont bons et les liaisons avec les OC sont parfaitement intégrés à l'organisation.</p> <p>Lors d'une réunion régionale, il a été évoqué la situation d'un retour de formulaire avec un organisme complémentaire qui ne figurait pas ou plus sur la liste : selon les caisses, les pratiques différents : la plupart retournent à l'assuré le formulaire pour qu'ils fassent un nouveau choix ; en revanche quelques caisses mettaient systématiquement la CMU Etat. Cette façon de faire est aussi le résultat d'un service avec de bonnes performances où il n'y a pas de difficultés e termes de délais.</p>
3	<p>-souhaitez-vous aborder d'autres points, notamment ce qui eut vous poser problème dans la gestion des bénéficiaires en OC ?</p>	<p>On peut être gêné par ceux qui n'ont pas d'OC dans la région et qui n'en connaissent pas. Dans ce cas, on doit avoir un peu de retenue et ne pas faire de la publicité pour tel ou tel organisme.</p> <p>Par ailleurs, c'est un peu difficile d'expliquer qu'ils n'auront aucun contact direct avec cet OC durant le temps pendant lequel ils seront couverts par la CMU-C. Pour les nouveaux adhérents, cela n'est pas simple</p>

ANNEXE 7 : ENTRETIEN CPAM DE L'AUDE

Date : 28/05/13

Entretien conduit par : J.WINO ET H.MAGNON

Désignation de l'organisme et particularités : CPAM DE L'AUDE (Carcassonne) / forte augmentation du taux de bénéficiaires géré en CMU-C sur les 5 dernières années

Nom et fonction de la personne interviewée : Mme Depardieu-Trémaud, responsable accès aux droits

°	Libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme</u>		
	Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leur droit (la mise en place des parcours attentionné CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)	Non je ne sais pas. Je ne le pense pas.
	- -Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?	<p>L'organisation au niveau de l'accueil des assurés qui demandent la CMU-C se fait en 2 temps : pour les personnes qui perçoivent le RSA, elles peuvent déposer leur demande à n'importe quel moment de la journée en étant reçu immédiatement. En revanche, pour les personnes qui en font la demande sous conditions de ressources, elles sont reçues sur RDV.</p> <p>Ensuite, concernant, les OC, on procède de la façon suivante : s'il s'agit d'une première demande et que la personne a déjà souscrit un contrat avec un OC qui est dans le dispositif CMU, elle conserve son organisme complémentaire. C'est une politique qu'on applique depuis des années. J'ai moi-même été agent d'accueil il y a quelques années, et effectivement quand la personne avait déjà un OC qui faisait partie du dispositif CMU, il n'y avait pas de raisons qu'elle en change, elle le gardait.</p> <p>Sur le département, on a des mutuelles locales qui ont quand même beaucoup d'adhérents, donc c'est vrai</p>

		<p>qu'on a beaucoup d'assurés qui gardent cette OC privé.</p> <p>Si en revanche, la personne fait une demande de Cmu et n'a jamais eu de contrat avec une mutuelle ou un contrat avec une mutuelle qui n'est pas dans le dispositif, soit elle choisit de prendre l'Etat comme OC soit on peut lui proposer une liste de mutuelles qui sont dans le dispositif si elle préfère passer par un OC.</p> <p>Celles qui n'ont jamais eu D'OC , cela paraît compliqué de les renvoyer vers un OC, du coup elles choisissent l'Etat.</p> <p>Pour celles qui ont une mutuelle qui n'est pas dans le dispositif, si elles le souhaitent et en font la demande, on peut leur fournir une liste.</p>
Positionnement des agents d'accueil et du front office		
	<p>-Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C : Ont-ils connaissance de la liste des OC agréés et des conditions préférentielles liées au contrat de sortie ?</p> <p>(Scripts, modes opératoires, supports de communication, etc.) ?</p>	<p>Il n'y pas de procédures spécifiques</p>
	<p>- Les agents ont-ils suivis une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?</p>	<p>Cela fait partie au départ, de ce qu'on leur transmet comme information au moment où ils sont formés pour être agent d'accueil, ou plus spécifiquement pour faire des RDV CMU mais cela n'est pas écrit.</p>
	<p>- Quel est leur niveau d'autonomie et leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires pour opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?</p>	<p>On reste dans la pure information : en fait, quand on arrive à la constitution du dossier on a déjà une idée de la perception et de la connaissance des assurés du milieu des OC.</p> <p>C'est pour cela que quelqu'un qui n'a jamais eu de mutuelles, généralement s'oriente sur le choix de l'Etat.</p>

Positionnement et communication vers les bénéficiaires	
<p>Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être géré par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle fréquence ?</p> <p>Pour ceux concernés, ont-ils un profil particulier ?</p>	<p>Voir réponse sur influence mutuelle bien implantée</p> <p>En fait, l'élément déterminant réside dans le fait qu'ils la connaissaient précédemment avant de demander la CMU et qui l'avaient déjà pratiqué.</p>
<p>Rencontrez-vous souvent des assurés déjà couverts par une mutuelle ? Avez-vous une part importante des bénéficiaires dans ce cas ?</p>	<p>Je ne sais pas. Je ne pourrais pas vous répondre.</p>
<p>-Existe-t-il des supports de communication spécifiques sur la liste des organismes complémentaires agréés ou plus largement le choix de gestion par un OC ?</p>	<p>La liste reste sur note ordinateur et ils peuvent la consulter au moment où ils constituent leur dossier. Sachant qu'effectivement, les assurés ont une préférence pour les mutuelles locales.</p> <p>Cette liste est disponible sur notre réseau interne.</p> <p>Il n'y pas de support spécifique.</p>
<p>-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CPAM ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, ...) ?</p>	<p>Nous avons des partenariats qui portent principalement sur l'ACS.</p>
-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC	
<p>0</p> <p>Savez-vous si les OC pratiquent bien les tarifs préférentiels du contrat de sortie ?</p>	<p>Je ne sais pas, nous n'avons pas de retour. Il y a eu des négociations sur les personnes bénéficiant de la part complémentaire mais je ne sais pas ce qu'il en est.</p> <p>Nous n'avons pas vérifié la pratique.</p>
<p>1</p> <p>-Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?</p>	<p>Précédemment, un organisme qui s'appelait « mutuelles de l'Aude » et qui maintenant fait partie du réseau « Viasanté », est historiquement très implantée. Ensuite, je pense que les assurés préfèrent avoir une complémentaire qui possède une antenne locale auprès de laquelle se renseigner, et de la même façon pour aller</p>

		<p>adhérer. Elle est très implantée dans le département.</p> <p>Ensuite, on a 4 organismes qui sont relativement connus dans le département. (mutuelle le travail, viazimut et mutualia) : ils ont une bonne presse et les personnes préfèrent les choisir.</p> <p>Via santé a fait énormément de publicité.</p>
2	<p>- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)</p>	<p>Cela nous fait plus de travail, avec beaucoup de transmission d'imprimés. Finalement, je pense que cela fait moins de travail que les assurés choisissent l'Etat plutôt qu'un OC mais j'ai peut-être une vision moins transversale de la question.</p> <p>Si la personne choisit un OC et son conjoint en choisit un autre par exemple, ce qu'il a le droit de faire, cela signifie pour nous avant l'instruction du dossier d'écrire aux deux OC avec deux imprimés différents.</p> <p>L'Etat serait plus simple mais nous n'avons pas pris en compte ces considérations on les laisse eux choisir.</p> <p>Je pense aussi qu'au niveau comptable cela peut être plus simple, lorsqu'on paie l'intégralité sans passer par une récupération des fonds.</p>
3	<p>-souhaitez-vous aborder d'autres points, notamment ce qui eut vous poser problème dans la gestion des bénéficiaires en OC ?</p>	<p>Sur les dossiers CMU on demande déjà à la personne si elle a un OC ou non, donc en fait on suit ce déroulé pour le choix de l'OC.</p> <p>Pour l'assuré c'est exactement la même chose, cela ne complique pas la tâche.</p> <p>En revanche, je me dis que pour une personne n'ayant jamais eu de mutuelles, il faut qu'elle fasse la démarche de se rendre vers une complémentaire : cela paraît compliqué pour eux.</p>

ANNEXE 8 : ENTRETIEN CPAM DE L'AVEYRON

Date :22/05/13

Entretien conduit par :Jonathan Wino (ensemble des membres du groupe présent)

Désignation de l'organisme et particularités : CPAM de l'Aveyron_ le taux de bénéficiaires gérés par un OC a plus que doublé en 5ans (environ 25% des effectifs)

Nom et fonction de la personne interviewée : Aline Rivière_ responsable du pôle information et accès aux droits

o	Libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme</u>		
	<p>Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leur droit (la mise en place des parcours attentionné CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)</p>	<p>Non, à ma connaissance il n'y a pas de directives nationales sauf que les assurés qui choisissent un OC privé à la sortie ont un tarif préférentiel et pas de période de carence.</p> <p>C'est au libre choix de l'assuré, il est bien évident que chez nous, notamment en accueil ou au téléphone on ne conseille jamais à l'assuré de prendre un organisme privé. On leur laisse entièrement le libre choix</p> <p>La question n'est pas abordée dans le parcours CMU-C, ou pas spécifiquement. la seule consigne que je donne c'est d'aller voir sur Ameli ou sur le fonds CMU pour la liste des organismes agréés. Après il y a quand même la règle, mais qui existe depuis toujours, à savoir qu' à partir du moment où on est dans un organisme complémentaire qui est agréé CMUC, la première année de la CMU, on est obligé de la garder :</p> <p>si l'organisme qu'on avait non pas au titre de la CMU mais à titre privé est agréé CMUC la réglementation CPAM oblige l'assuré à garder cet organisme la première année.</p>
	<p>- -Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?</p>	<p>Tout d'abord, leur dire que la première année ils n'ont pas le choix.</p> <p>Après c'est une question, je n'ai pas la réponse : Est-ce que toutes les Cpam appliquent cette règle ? si elles ne l'appliquent pas, ça veut dire peut être qu'elles</p>

		mettent plus de temps. Après il faut savoir chez nous on a 2 ou 3 mutuelles, je dirais, qui sont bien implantées en Aveyron et qui sont agréées CMU donc c'est possible que ça joue
	Positionnement des agents d'accueil et du front office	
	<p>-Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C : Ont-ils connaissance de la liste des OC agréés et des conditions préférentielles liées au contrat de sortie ?</p> <p>(Scripts, modes opératoires, supports de communication, etc.) ?</p>	<p>L'agent d'accueil demande déjà à l'assuré quel est son organisme actuel complémentaire en cours (visible en BDO). Ensuite si c'est un organisme agréé on lui dit « vous n'avez pas le choix, vous êtes obligés de le garder ». Donc là, l'affaire est vite réglée.</p> <p>Après, je pense que les assurés qui ne savent pas ou qui n'en ont pas, ils prennent l'Etat</p> <p>Les avantages du contrat de sortie ne sont pas expliqués, on leur demande juste de choisir un organisme complémentaire sans aller très à fond sur l'après et la sortie de CMUC</p>
	- Les agents ont-ils suivis une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?	<p>Non, il n'y a pas de formations spécifiques, disons que les agents qui sont à l'accueil sont quand même des gens qui ont une certaine ancienneté.</p> <p>En plus, on a un accueil spécifique CMU sur le siège, donc c'est des agents de mon service qui en assure les vacances et qui traitent les dossiers et qui sont donc spécialisés en CMU</p>
BIS	A quel moment le choix de l'organisme est-il abordé dans l'accueil (premier rdv ou suite ?) Faut-il plusieurs contacts avec les Cmuistes ?	Le choix de l'organisme complémentaire est abordé au moment où ils complètent le dossier. Quand ils complètent l'imprimé de choix.
	- Quel est leur niveau d'autonomie et leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires pour opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?	neutralité
	Positionnement et communication vers les bénéficiaires	
	Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être géré par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle	<p>A ma connaissance non.</p> <p>Cela dépend de leur situation et ça dépend du lieu sur le département : sur les environs de Rodez c'est plutôt Viasanté, sur Millau, c'est plutôt le refuge</p>

	<p>fréquence ?</p> <p>Pour ceux concernés, Ont-ils un profil particulier ?</p>	<p>mutualiste ; c'est un peu en fonction des particularités régionales aussi</p> <p>Je n'ai pas fait cette étude donc je ne sais pas .</p>
s	<p>Rencontrez-vous souvent des assurés déjà couverts par une mutuelle ? Avez-vous une part importante des bénéficiaires dans ce cas?</p>	<p>Je n'ai jamais mesuré la part mais il y en a quand même puisqu'on a chez nous Via santé qui est très implantée en Aveyron et qui est agréée CMU-C ; c'est certainement le plus gros organisme complémentaire aveyronnais ; donc y en a une part non négligeable qui avaient déjà Via santé avant</p>
	<p>-Existe-t-il des supports de communication spécifiques sur la liste des organismes complémentaires agréés ou plus largement le choix de gestion par un OC ?</p>	<p>On a fait un dépliant puisque quand un assuré nous demandait quelle mutuelle prendre, on se refuse à les orienter. mais le dépliant informe des mutuelles implantées sur l'Aveyron pour ceux qui nous le demandent. Nous n'avons pas de listes nationales puisque la liste nationale, c'est environ 500 organismes : un OC qui est à Lille ou Marseille n'intéresse pas forcément un aveyronnais ; C'est trop lourd à porter une liste de 500 organismes : on a quand même fait un dépliant, qui n'oriente pas mais qui précise sur l'Aveyron les 3 ou 4 implantées ou d'aller voir sur le site Ameli ou le fonds CMU.</p> <p>Mais on ne le donne pas systématiquement cet imprimé, c'est pour un assuré qui demande un OC et qui a besoin de choisir.</p>
	<p>-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CPAM ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, pour les bénéficiaires du RSA ...) ?</p>	<p>Actuellement, dans le cadre du parcours de soins CMU et de la complémentaire santé, on a un groupe régional sur Midi-Pyrénées travaillant sur la lutte des inégalités en santé dont je fais partie. Dans ce cadre-là, on rencontre toutes les structures sociales du département pour leur parler notamment de la CMU et de l'ACS, pour que, lorsqu'ils rencontrent une personne susceptible d'en bénéficier, ils les aident à faire les démarches nécessaires. Donc on aborde la CMU dans ce cadre afin de sensibiliser les structures sociales ; le service social de la CARTSAT participe et j'anime les réunions avec la responsable du service social</p>
<p>-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC</p>		
0	<p>Savez-vous si les OC pratiquent bien les tarifs préférentiels du contrat de sortie ?</p>	<p>Non, je ne sais pas du tout. En plus, il est très compliqué de savoir si l'on bénéficie ou pas d'un contrat de sortie parce que l'assuré ne demandent pas forcément</p>

		« quel aurait été le tarif si je n'étais pas en sortie »
1	-Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?	<p>Pour moi c'est 2 ou 3 mutuelles qui sont implantées depuis toujours : si vous interrogez quelqu'un dans la rue et lui posez la question « qu'est-ce qu'il y a comme organisme complémentaire », il y a de fortes chances qu'on vous cite Via santé, je pense, sauf ceux qui ne sont pas du tout au courant.</p>
2	- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)	<p>Jusqu'à la création du dépliant, nous étions complètement neutre je dirais, maintenant on leur dit qu'il existe 3 ou 4 organismes et si vous souhaitez la liste complète vous allez sur Ameli. C'est un petit peu pour compenser puisqu'on n'avait plus rien, à part Ameli, on n'avait rien du tout. Donc on est neutre, on est complètement neutre.</p> <p>C'est le contraire, sur l'instruction de la CMU il est plus facile de saisir l'Etat car il n'y pas de notification : on a un courrier de moins à faire, pour nous c'est moins lourd d'avoir l'Etat plutôt que de saisir un organisme complémentaire en matière d'instruction et de temps passé sur un dossier c'est moins lourd</p> <p>C'est à l'inverse donc.</p>
3	-souhaitez-vous aborder d'autres points, notamment ce qui eut vous poser problème dans la gestion des bénéficiaires en OC ?	<p>Ce qui peut poser problème, c'est qu'on a un fichier des OC qui n'est pas d'une fiabilité sans limite : la liste des OC agréés sont susceptibles de changer chaque année (un organisme agréé cette année ne l'est pas forcément l'année prochaine ou ne l'était pas l'an dernier) et ça pose quelques fois un souci quand un assuré nous dit « moi je choisis l'organisme X ou Y », c'est parfois un peu compliqué pour trouver s'il est agréé ou non puisque c'est un fichier par ordre alphabétique et il suffit que l'assuré l'appelle mutuelle X alors qu'elle s'appelle XY, alors on a du mal à la retrouver. Ça pose donc quelques soucis de savoir si la mutuelle est agréée ou ne l'est pas. en plus, l'assuré n'indique pas le siège social de l'organisme, mais la petite agence qu'il y a dans son village.</p> <p>Donc des fois, c'est un peu compliqué.</p>
4	Pensez-vous que la hausse des bénéficiaires géré par un OC est dû en partie au fait de l'obligation liée à la première année de conservation de la mutuelle ?	<p>Cette obligation est officielle et nationale.</p> <p>Là aussi je ne sais pas ce que font les autres caisses.</p> <p>C'est depuis la création de la CMU que cette règle existe donc ça ne peut pas avoir créé une hausse, à mon avis.</p>

ANNEXE 9 : ENTRETIEN CPAM DE L'OISE
ENTRETIEN MADAME MARTINI – CPAM de l'Oise

N°	Libellé	Réponses
Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme		
1	Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leur droit (la mise en place des parcours attentionné CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)	Nous avons mis en place du parcours CMU en 2010 mais ce thème est peu abordé.
2	- Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?	Non pas spécialement.
Positionnement des agents d'accueil et du front office		
3	- Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C : Ont-ils connaissance de la liste des OC agréés et des conditions préférentielles liées au contrat de sortie ? (Scripts, modes opératoires, supports de communication, etc.) ?	Il existe un didacticiel dans Médiam. Cet outil guide les TC dans l'instruction des dossiers. En ce qui concerne le maintien de l'OC la 1er année de CMUC, le didacticiel est peu précis, peut-être n'est-il pas compris de tous ce qui entraîne plus de gestion de la CMUC par l'Etat.
4	- Les agents ont-ils suivis une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?	Non. Formation institutionnelle.
5	- Quel est leur niveau d'autonomie et leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires pour opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?	Les possibilités d'autonomie et d'influence est important mais les agents respectent la réglementation. Le rôle du Front office est uniquement de transmettre des informations.
5 bis	- Est-ce que les agents expliquent les avantages et inconvénients de chaque option ?	Par contre, dans nos pratiques, si l'assuré n'a pas coché sur l'imprimé S3712, nous lui retournons son dossier. Je ne sais pas si cela est pratiqué de la même manière dans les autres caisses. Cela a aussi été un point de rappel de la réglementation en interne puisque certaines personnes pensaient que si l'assuré n'avait pas écrit clairement qu'il avait déjà une complémentaire, alors cela sous-entendait qu'il n'en

		avait pas et donc il cochait Etat.
Positionnement et communication vers les bénéficiaires		
6	Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être géré par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle fréquence ?	Il faudrait vérifier le niveau de garantie offert aux bénéficiaires qui peut influencer sur choix de l'assuré. Nous sommes proches de la région parisienne et je ne ressent pas d'intérêt particulier pour certaines mutuelles.
7	-Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus particulièrement les assurés à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?	Non, nous appliquons la réglementation.
8	-Existe-t-il des supports de communication spécifiques sur la liste des organismes complémentaires agréés ou plus largement le choix de gestion par un OC ?	Non pas particulièrement.
9	- Existe-t-il des RDV particulier dédiés aux nouveaux bénéficiaires de la CMU-C?	Non pas particulièrement.
10	-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CARSAT ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, ...) ?	Lors de la mise en place du parcours CMU en 2010, nous avons organisé des réunions avec tous nos partenaires du département et nous nous sommes servis du diaporama transmis par la CNAM. Nous avons parlé de l'ensembles des dispositifs (CMU, ACS) et des plafonds retenus et des modalités d'accès pour les assurés. Nous travaillons avec les services sociaux, MSF et notre référent des structures. Nous sommes en train d'automatiser les transmissions avec les CAF qui seraient plus impliquées dans le traitement des dossiers CMU. La question du choix entre gestion OC ou Etat pour la CMUC n'est pas

		abordée.
-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC		
11	- Existe-t-il des liens particuliers dû à l'histoire et au positionnement des OC dans votre région ?	Cf quest. 6
12	-Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?	Cf quest. 6
13	- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)	Nous avons quelques réclamations des complémentaires qui disent ne pas avoir reçu le S3712. Une gestion Etat pourrait simplifier la gestion.

14 – Question ouverte : selon vous, la hausse serait due à quoi ?

Justifie l'augmentation du tx gestion OC par effet fusion Creil/Beauvais et rappel de consigne concernant la règle du maintien de l'OC la 1ere année de CMUC.

Nous avons de plus en plus cherché à « mutualiser » les assurés avec comme l'ACS et les dispositifs sur les budgets d'ASS. Si les assurés ont vu leur situation se dégrader alors ils ont pu être éligibles à la CMUC et leur complémentaire a été maintenue.

ANNEXE 10 : ENTRETIEN CPAM DU RHONE

Date : 18/07/13

Entretien conduit par :HM

Désignation de l'organisme et particularités :CPAM du Rhône

Nom et fonction de la personne interviewée : Brigitte de Matos- responsable accueil physique/ Mme Antoinat, pôle précarité

°	Libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme</u>		
	Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leur droit (la mise en place des parcours attentionné CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)	
	- -Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?	Application réglementaire stricte des textes Primo-demande : -si bénéficie d'une mutuelle inscrite sur la liste agréée, alors prolongation avec cette mutuelle -si mutuelle non agréée, alors demande auprès de l'assuré pour rechercher uen autre mutuelle de la liste -si pas de mutuelle trouvée, par défaut choix sur l'état -si mutuelle souhaitée et trouvée, OK - si pas de mutuelle souhaitée, rattachement CPAM

		<p>Renouvellement :</p> <p>Même procédé sauf s'il est déjà rattaché à l'Etat, il n'est pas garantie que la demande de souhait de changement soit formulé par la PCAM (pas nécessairement demander mais la plupart il ne souhaite pas changer)</p>
	Positionnement des agents d'accueil et du front office	
	<p>-Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C : Ont-ils connaissance de la liste des OC agréés et des conditions préférentielles liées au contrat de sortie ?</p> <p>(Scripts, modes opératoires, supports de communication, etc.) ?</p>	<p>On se réfère aux imprimés de la CMU mais la référence à la liste ne tient pas puisque nous ne l'avons pas en format papier à notre disposition. On renvoie sur le site internet mais si on pré</p>
	<p>- Les agents ont-ils suivis une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?</p>	
	<p>- Quel est leur niveau d'autonomie et leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires pour opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?</p>	<p>Le technicien est limité car l'assuré sollicite l'orientation sur un choix de mutuelle ce qui est interdit et qui ne se fait pas (et on ne sait pas le faire)</p> <p>Si on pressent que la situation de l'assuré en CMU n'est pas pérenne, on l'oriente sur une mutuelle privé, afin qu'il puisse continuer à en bénéficier</p>
	Positionnement et communication vers les bénéficiaires	
	<p>Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être géré par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle fréquence ?</p> <p>Pour ceux concernés, ont-ils un profil particulier ?</p>	<p>Pas spécifiquement de mutuelle et de groupe privilégié constaté.</p> <p>On voit une certaine évolution des profils avec des personnes qui alternent entre période de travail et période de précarité.</p> <p>L'extension de l'ACS pourrait monter une tendance inverse à privilégier une mutuelle plutôt que l'état dans la mesure où les assurés vont alterner entre</p>

		CMU et ACS
	Rencontrez-vous souvent des assurés déjà couverts par une mutuelle ? Avez-vous une part importante des bénéficiaires dans ce cas?	variable
	-Existe-t-il des supports de communication spécifiques sur la liste des organismes complémentaires agréés ou plus largement le choix de gestion par un OC ?	Pas de support : référence au site internet et recherche réalisé par l'assuré lui-même
	-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CPAM ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, ...) ?	Essentiellement avec les structures associatives (type forum réfugiés) et les services sociaux (des établissements) On attend l'automatisation pour les bénéficiaires du RSA qi semblent être retardés. La CAF remet l'imprimé mais la démarche auprès de la CPAM reste indispensable malgré la pré constitution du dossier au niveau de la CAF
<u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC</u>		
0	Savez-vous si les OC pratiquent bien les tarifs préférentiels du contrat de sortie ?	Peu de retour dans la mesure où les personnes ne sont plus revus à la sortie de contrat.
1	-Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?	Pas spécifiquement
2	- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)	Cela ne change rien pour la CPAM si ce n'est que: l'assuré a tout bénéfice à choisir une mutuelle privé dans le cadre de la sortie du dispositif (pas de délai de carence) 'il y a un bémol : si l'assuré vient avec une mutuelle précise, il est très difficile de retrouver sur les bases informatiques la référence de la mutuelle : aucune

		<p>source documentaire ne renseigne sur l'ensemble (n° de mutuelle, présence sur liste agréée) mais les techniciens le font et recherchent l'information de manière manuelle en croisant les bases. Cela demeure un gros problème</p>
<p>3</p>	<p>-souhaitez-vous aborder d'autres points, notamment ce qui eut vous poser problème dans la gestion des bénéficiaires en OC ?</p>	<p>Les flux démographiques et notamment avec une part de populations étrangères plus importantes peuvent avoir une incidence sur un choix vers la mutuelle d'Etat</p> <p>Par ailleurs, le remplissage des imprimés est extrêmement complexe et fastidieux pour les assurés ; par ailleurs, il n'y a pas d'harmonisation sur la référence aux ressources entre CMU base et CMU-C : pour la base, ce sont les revenus de l'année civile qui précède la demande alors que pour la CMUC , ce sont les 12 derniers mois précédant la demande : il y a donc un décalage dans le documents demandés ce qui alourdit la démarche</p> <p>L'envoi des documents par papier aux mutuelles paraît désormais archaïque et rallonge les délais de traitement</p>

ANNEXE 11 : ENTRETIEN FNMF

Date :10/07/2013

Entretien conduit par :HM/JW

Désignation de l'organisme et particularités :FNMF

Nom et fonction de la personne interviewée :Marianne BYE- responsable Développement et environnement santé (pôle métier assurance santé)_direction de la santé- FNMF

°	libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique commerciale pratiquée par l'organisme</u>		
	- Votre organisme a-t-il développé une politique « commerciale » particulière concernant la gestion des bénéficiaires de la CMU-C?	<p>Par définition, la FNMF ne développe pas de politique de communication à destination des adhérents directs</p> <p>En revanche, il y a une animation du réseau des mutuelles : la fédération a un rôle de coordination sur les sujets CMUC avec un travail de communication sur les évolutions législatives (amendement des projets de lois) C'est un champ importants dans la mesure où la FNMF est représenté au conseil de l'UNCAM et participe à la commission de la réglementation</p> <p>L'autre champ d'activité concerne la contribution de la FNMF au rapport d'évaluation de la loi CMU : c'est un temps important puisque nous sommes présent au conseil de surveillance du fonds CMU. Un retour est fait sur les démarches d'accompagnement des bénéficiaires</p> <p>A échéance régulière, il peut y a voir de la communication sous la forme de plaquettes qui peut être utilisés par les complémentaires</p>
	- Si oui, quels types d'argumentaire mettez-vous en relief : existence d'un contrat de sortie, gestion délai de traitement, offres sur d'autres prestations complémentaires, permanence de la tradition mutualiste, aspect solidaire/action sociale ...) ?	<p>Les mutuelles peuvent reprendre les informations des plaquettes de manière autonome et les adapter à leur propre communication. Il n'y a pas de rôle normatif de la FNMF sur le sujet</p> <p>La description du dispositif reste sommaire pour les personnes bénéficiaires et évoque le contrat de sortie</p> <p>Il y a de plus en plus d'informations réalisés par les mutuelles sur le sujet</p>
	- Avez-vous élaboré et mis à disposition des supports de communication marketing spécifiques à leur destination?	<p>On impulse donc une communication minimale sur le dispositif afin que les mutuelles se les approprient : la démarche repose sur une logique d'information sur ces</p>

	<p>Si oui, sur quels types de supports reposent votre communication (dépliant, courrier personnalisé, site internet, ...) A Quels rythmes de diffusions ?</p>	<p>dispositifs en liant l'information sur l'ACS dans la démarche accès aux droits. (les bénéficiaires potentiels sont ciblées en fonction des adhérents afin de répondre à la problématique de la connaissance du dispositif.</p> <p>Il peut y a voir aussi bien des dépliant, une info sur les sites internet et dans les revues mutualistes.</p> <p>Certaines font un accueil personnalisé avec une équipe spécialement formée sur ces sujets.(voir ADREA)</p> <p>Une action est réalisée au moment du renouvellement des droits</p>
	<p>- pratiquez-vous systématiquement les tarifs préférentiels associés au contrat de sortie spécifiques aux bénéficiaires de la CMU-C ?</p>	<p>La FNMF relaie le fonctionnement normal du dispositif et peut évoquer ce sujet avec les mutuelles.</p> <p>On a donc travaillé sur la mise en place guide de la procédure CMU-C sur l'ouverture des droits, les justificatifs,... en lien avec les CPAM.</p> <p>On est donc susceptible d'intervenir sur ces champs en lien avec les mutuelles.</p> <p>Sur les contrats de sortie, il y a une information et la mutuelle propose un panel d'offres correspondant aux besoins des différents adhérents.</p>
	<p>-Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus particulièrement vos adhérents à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?</p>	<p>ras</p>
	<p>- effectuez-vous une communication systématique auprès des assurés ou pratiquez-vous une communication ciblée ou personnalisée ?</p>	<p>Voir plus haut</p>
<p align="center"><u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les CPAM</u></p>		

	<p>Constatez-vous une forte influence des CPAM sur les bénéficiaires de la CMU-C dans leur choix de gestion par un OC ?</p>	<p>ras</p>
	<p>-Remarquez-vous une influence selon les dynamiques géographiques impulsées et la politique des CPAM locales?</p>	<p>On constate effectivement un effet « tradition » telle que la Bretagne et une corrélation assez forte.</p> <p>La connaissance de l'organisme influe</p>
	<p>-Quels sont selon vous les principaux intérêts et enjeux pour votre organisme de « capter » les bénéficiaires de la CMU-C ? (public porteur ou non ? incidence sur les coûts de gestion ? clientèle captive? Promotion et politique marketing sur les contrats de sortie, etc.)</p>	<p>L'intérêt est de démontrer l'accès à une complémentaire santé et aux soins et un attachement politique de la FNMF à défendre ce dispositif</p>
	<p>Autres : profils des adhérents CMU-C</p>	<p>On voit beaucoup de mouvements entre ACS et CMU-C au niveau des bénéficiaires.</p> <p>Si son statut évolue en fonction des ressources, la personne reste adhérente auprès d'un même organisme et les personnes ont un niveau de fidélité comparable à celui de l'ensemble de la population</p> <p>Pertinence de conserver le même interlocuteur</p> <p>Pour ceux qui ont déjà eu une mutuelle, il y a une certainement une incidence très forte</p>

ANNEXE 12 : ENTRETIEN MAAF

Date :

Entretien conduit par : Hélène Magnon

Désignation de l'organisme et particularités : **MAAF**

Nom et fonction de la personne interviewée :

N°	libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique commerciale pratiquée par l'organisme</u>		
1	- Votre organisme a-t-il développé une politique « commerciale » particulière concernant la gestion des bénéficiaires de la CMU-C?	<p>Nous avons un réseau d'agence, 550 avec l'outre-mer, et jusqu'à 2011 nous avons une politique... au lancement de la CMU toutes les agences étaient enregistrées sur la liste du Fonds CMU. Il n'y avait jamais eu d'évolution, pas de mise à jour : ni pour les agences supprimées, les nouvelles agences ou les changements d'adresse.</p> <p>Nous avons eu des remontées de nos collègues dans les agences sur des difficultés car ils ne maîtrisaient pas suffisamment le produit qu'est la CMU. Ils étaient gênés pour répondre car ils devaient nous appeler (au siège) ou nous écrire.</p> <p>Au 1er avril, nous avons modifié nos adresse sur le Fonds CMU et nous avons uniquement notre adresse du siège de MAAF à Niort qui gère officiellement la CMU pour que les demandes n'aillent plus vers les agences.</p> <p>Pour mener cette réorganisation, nous sommes allés voir deux Sécu, Toulouse et Niort, nous leur avons expliqué notre nouvelle politique, notre nouvelle approche. Nous avons émis le souhait qu'ils communiquent auprès de leurs collègues de la région de notre choix de centralisation de la gestion. Nous avons adressé un courrier à tous les Directeurs de caisse pour les informer.</p> <p>Nous avons informé le Fonds CMU de notre démarche. Celui-ci nous a répondu que la plupart des mutuelles nationales avaient procédé de la sorte (au moins pour la centralisation des courriers).</p> <p>La règle qu'un client qui a une complémentaire devrait rester au moins la première année dans cette assurance n'est pas systématique. Certains client sont gérés par la Sécu, qui est prioritaire par rapport à nous, et certains vont vers d'autres assurances. Nous essayons parfois de les récupérer.</p> <p>Le document CERFA a été modifié il y a 2 ans et le client doit noté sont ancienne mutuelle si il en a une. L'ancien formulaire ne le demandait pas. C'est une réelle évolution. Une mutuelle qui récupère un client ne devrait pas l'accepter. L'évolution du document nous a permis de mieux respecter cette règle.</p>
2	- Si oui, quels types d'argumentaire mettez-vous en relief : existence d'un contrat de sortie, gestion délai de traitement, offres sur d'autres prestations complémentaires, permanence de la tradition mutualiste, aspect solidaire/action sociale ...) ?	<p>Quand le client arrive chez nous, nous ne le connaissons pas et lui non plus. Nos relations sont purement administratives dans le cadre de la CMUC... pour nous c'est bien dommage car nous aimerions pouvoir les contacter par mail ou sur leur portable car le papier a peu d'impact.</p>

- 3 - Avez-vous élaboré et mis à disposition des supports de communication marketing spécifiques à leur destination? Si oui, sur quels types de supports reposent votre communication (dépliant, courrier personnalisé, site internet, ...) A Quels rythmes de diffusions ?
- Rien de particulier.
Nous **faisons a minima ce que nous devons faire** avec un courrier d'accueil à la CMUC, c'est réglementaire, par la suite la difficulté est que ces clients ne nous connaissent pas. Ils ont choisi la MAAF par connaissance ou après recommandation, nous ne savons pas. C'est notamment une question pour les nouveaux clients.
Les clients CMUC ne sont pas réellement clients MAAF, nous n'avons pas de coordonnées téléphoniques notamment le portable, nous ne pouvons leur envoyer qu'un courrier.
De plus, ces clients ont rarement l'occasion de nous contacter. Ils n'ont pas vraiment à le faire.
- 4 - pratiquez-vous systématiquement les tarifs préférentiels associés au contrat de sortie spécifiques aux bénéficiaires de la CMU-C ?
- Légalement, nous leur envoyons un courrier un mois avant la fin de leur droit CMUC pour leur demander le renouvellement ou 2 possibilités : bénéficiaire du contrat post-CMU ou un contrat équivalent dans notre gamme MAAF**, équivalent sur le plan cotisation et remboursement mais un peu plus fourni car le panier de biens proposé est assez limité notamment sur les dépassements d'honoraires.
- Je pourrai vous donner des chiffres sur les contrats de sortie choisis par les clients anciennement CMU...**
- 5 -Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus particulièrement vos adhérents à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?
- Nous ne les voyons pas à ce stade là.
Nous avons des contacts fréquents avec Niort. Pour eux le principe est que si l'assuré ne leur paraît pas capable... ils le gardent. Je ne suis pas convaincu que toutes les caisses travaillent dans ce sens là.
Dans certains départements, nous avons très peu de clients CMU car les caisses les gardent.
- 6 - effectuez-vous une communication systématique auprès des assurés ou pratiquez-vous une communication ciblée ou personnalisée ?

- 7 **Constatez-vous une forte influence des CPAM sur les bénéficiaires de la CMU-C dans leur choix de gestion par un OC ?**
- Voir quest. 5
 Au delà de la tradition mutualiste, **ce qui joue bcp c'est les CPAM**. Sauf si le client exprime un choix clair, je pense que les CPAM doivent les distribuer vers les assurances qui ont déjà un certain nombre d'assurés, une certaine notoriété. Je pense que nous sommes bien vu par les caisses car depuis le début nous sommes volontaires pour faire de la CMU. L'influence de l'exonération de cotisation a attiré des mutuelles qui traînent des pieds pour gérer les dossiers. Pour nous, nous essayons d'être les plus réglos possibles, les demandes de remboursements arrivent par flux électroniques et nous payons sous 2 ou 3 jours de manière automatique, il n'y a pas de rétention particulière et en contrepartie les caisses nous envoient plus facilement des clients.
- Le problème est que toutes les relations avec les caisses, notamment l'enregistrement des dossiers, n'est **pas dématérialisé**. C'est un frein important. Les CERFA sont mal remplis par les clients, mal écrit, attention au doublons et à la bonne identification du client. Alors que nous recevons tous ces éléments par flux électroniques mais en cas de contrôle il faut fournir du papier.
- 8 **-Remarquez-vous une influence selon les dynamiques géographiques impulsées et la politique des CPAM locales?**
- Voir quest. 5 et 7
- 9 **-Quels sont selon vous les principaux intérêts et enjeux pour votre organisme de « capter » les bénéficiaires de la CMU-C ? (public porteur ou non ? incidence sur les coûts de gestion ? clientèle captive? Promotion et politique marketing sur les contrats de sortie, etc.)**
- Les 2 véritables intérêts : décision politique de mener une politique sociale avec la gestion des assurés CMU. C'est aussi une **source de clients potentiels** mais de clients qui n'ont pas bcp d'argent. C'est une opportunité pour approcher de nouveaux clients, de nous faire connaître, un certain nombre reste chez nous après la CMU mais cette sortie est difficile malgré les aides pour la sortie.
- (MAAF ne gère pas que la santé donc possibilité contrat auto/habitation/scolaire...).

ANNEXE 13 : ENTRETIEN CPAM DE SEINE-SAINT-DENIS

Désignation de l'organisme et particularités : CPAM de la Seine-Saint-Denis

Nom et fonction de la personne interrogée : Richard VIEAU (Directeur de la gestion des droits et du remboursement des soins)

N°	Libellé	Réponses
Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme		
1	Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leurs droits (la mise en place des parcours attentionnés CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)	Aucune connaissance d'un développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMUC dans la gestion de leurs droits. Dans le cadre de l'offre de service le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMUC sur le choix de leur organisme complémentaire n'est pas abordé. En outre, lors des formations des agents sur le module CMUC, il est préconisé de présenter la liste des organismes complémentaires adhérents au dispositif. Par ailleurs, une information liée aux avantages à la sortie du dispositif CMUC est effectuée aux demandeurs.
2	--Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?	Aucune politique particulière de conseil n'a été développée par notre organisme.
Positionnement des agents d'accueil et du front office		
3	-Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C (Scripts, modes opératoires, supports de	Seuls les supports nationaux sont mis à la disposition des agents.

	communication, etc.) ?	
4	- Les agents ont-ils suivi une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?	Oui, lors des formations des agents, un module sur le choix de l'organisme complémentaire est abordé.
5	- Quel est leur niveau d'autonomie et leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires d'opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?	Actuellement, il n'existe pas de mesure relative à l'autonomie des agents quant aux choix des bénéficiaires d'opter pour la gestion par la CPAM ou par un OC. En outre, des instructions réglementaires sont à la disposition des agents.
Positionnement et communication vers les bénéficiaires		
6	Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être gérés par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle fréquence ? Pour ceux concernés, ont-ils un profil particulier ?	Aucun phénomène ou profil particuliers n'a pu être relevé.
7	Rencontrez-vous souvent des assurés déjà couverts par une mutuelle ? Avez-vous une part importante des bénéficiaires dans ce cas?	Nous ne tenons pas d'état statistique permettant d'avoir cette vision amont.

8	-Existe-t-il des supports de communication spécifiques mis à disposition des publics cibles	Les dépliants réalisés par la CNAMTS.
9	- effectuez-vous une communication systématique auprès des assurés ou pratiquez-vous une communication ciblée ou personnalisée ?	Une communication systématique est effectuée lors du dépôt ou de la remise des formulaires de demande de CMUC/ACS. Aucune pratique d'une communication ciblée ou personnalisée.
10	-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CPAM ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, ...) ?	Oui des séances d'informations sur le dispositif CMUC/ACS sont dispensées à nos partenaires (CAF, services sociaux ou autres organismes).
11	- Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus particulièrement les assurés à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?	Les assurés bénéficiaires ou demandeurs de la CMUC sont informés sur l'obligation de choisir un organisme gestionnaire de leur CMU complémentaire. Ils ne sont pas incités à choisir plus particulièrement l'un ou l'autre organisme, seuls, les avantages à la sortie du dispositif CMUC sont présentés
<u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC</u>		
12	Savez-vous si les OC pratiquent bien les tarifs préférentiels du contrat de sortie ?	Aucune remontée contraire ne nous a été faite.
13	- Existe-t-il des liens particuliers liés à l'histoire et au positionnement des OC dans votre région ?	Il n'existe pas de liens particuliers liés à l'histoire et au positionnement des OC dans notre région.
14	- Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?	NON
15	- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)	Pour l'agence comptable, la CPAM n'a aucun intérêt à promouvoir les OC au regard du travail fastidieux de recouvrement des parts complémentaires. La CNAMTS devrait exiger des fichiers retours scannés et dématérialisés.
16	- Y-a-t-il des rencontres ou « négociations » régulières avec les OC de votre région (en dehors des réunion « techniques » des sections locales mutualistes) ?	L'agence comptable rencontre les OC avec lesquels elle a le plus de difficultés à recouvrer les arts complémentaires : gestion des cerfa manquants, paiements déductifs et besoin de fichiers dématérialisés et non décomptes papiers.

ENTRETIEN Madame VIGNAL, CPAM de la Haute-Loire

°	Libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique pratiquée par l'organisme</u>		
	<p>Avez-vous connaissance du développement d'une politique nationale coordonnée concernant le conseil et l'orientation des bénéficiaires CMU-C dans la gestion de leur droit (la mise en place des parcours attentionné CMU-C intègre-t-elle cette dimension ?)</p>	<p>Dvpt d'une politique au niveau de la promotion de la CMU-c</p> <p>Gestion OC → plus à la main de chaque caisse</p>
	<p>- -Votre organisme a-t-il développé une politique particulière de conseil en la matière?</p>	<p>Consignes au niveau de l'agent d'accueil : rappeler les avantages et inconvénients. Rappel Lettre réseau 2006. Possibilité de résiliation.</p> <p>Bizarrement renouvellement de CMU-c ils peuvent changer.</p>
Positionnement des agents d'accueil et du front office		
	<p>-Existe-t-il des procédures spécifiques afin d'aider les agents d'accueil/TLC dans leur fonction conseil auprès des bénéficiaires de la CMU-C : Ont-ils connaissance de la liste des OC agréés et des conditions préférentielles liées au contrat de sortie ?</p> <p>(Scripts, modes opératoires, supports de communication, etc.) ?</p>	<p>Lien sur le site de la CMU</p> <p>Liste : communiquée effectivement. Liste départementale.</p>
	<p>- Les agents ont-ils suivis une formation/ un tutorat spécifique dans ce domaine?</p>	

bis	<p>- Quel est leur niveau d'autonomie et leur pouvoir d'influence quant au choix des bénéficiaires pour opter pour une gestion par la CPAM ou par un OC ?</p> <p>- Est-ce que les agents expliquent les avantages et inconvénients de chaque option ?</p>	<p>Insister sur le tarif préférentiel.</p> <p>En toute honnêteté plus facile de choisir Etat...</p> <p>En termes de rapidité de traitement du dossier FO et BO plus facile.</p> <p>Oui : avantages sur les tarifs préférentiels</p> <p>Promotion de l'Etat...</p>
Positionnement et communication vers les bénéficiaires		
	<p>Est-ce que les bénéficiaires manifestent un intérêt particulier pour être géré par une mutuelle bien précise ? si oui, pour quelles raisons et selon quelle fréquence ?</p>	<p>Un OC fait bcp de promotion de la CMU-c, il s'attire les clients via ce biais là.</p> <p>Il re-route les clients vers la CPAM...</p> <p>EOVI</p>
	<p>-Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus particulièrement les assurés à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?</p>	
	<p>-Existe-t-il des supports de communication spécifiques sur la liste des organismes complémentaires agréés ou plus largement le choix de gestion par un OC ?</p>	
	<p>- Existe-t-il des RDV particulier dédiés aux nouveaux bénéficiaires de la CMU-C?</p>	
0	<p>-Sollicitez- vous des organismes ou des services pouvant servir de relais de communication (services sociaux des CPAM</p>	<p>Assistantes sociales CPAM : réunion une fois par an</p>

	ou autres organismes sociaux tels que les CAF, les centres sociaux, ...) ?	AS CG
<u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les OC</u>		
1	- Existe-t-il des liens particuliers dû à l'histoire et au positionnement des OC dans votre région ?	
2	-Constatez-vous une influence de la tradition mutualiste sur votre territoire ?	
3	- Quel est l'intérêt pour votre CPAM d'inciter les assurés à opter pour une gestion par un OC ou inversement? (gain de productivité; efficience ; organisation interne ; services aux assurés)	

°	libellé	Réponses
<u>Thème 1 : Politique commerciale pratiquée par l'organisme</u>		
	<p>- Votre organisme a-t-il développé une politique « commerciale » particulière concernant la gestion des bénéficiaires de la CMU-C?</p>	
	<p>- Si oui, quels types d'argumentaire mettez-vous en relief : existence d'un contrat de sortie, gestion délai de traitement, offres sur d'autres prestations complémentaires, permanence de la tradition mutualiste, aspect solidaire/action sociale ...) ?</p>	3
	<p>- Avez-vous élaboré et mis à disposition des supports de communication marketing spécifiques à leur destination? Si oui, sur quels types de supports reposent votre communication (dépliant, courrier personnalisé, site internet, ...) A Quels rythmes de diffusions ?</p>	
	<p>- pratiquez-vous systématiquement les tarifs préférentiels associés au contrat de sortie spécifiques aux bénéficiaires de la CMU-C ?</p>	
	<p>-Dans vos pratiques, avez-vous une communication qui incite plus</p>	

	<p>particulièrement vos adhérents à choisir un OC plutôt qu'une CPAM ou inversement ?</p>	
	<p>- effectuez-vous une communication systématique auprès des assurés ou pratiquez-vous une communication ciblée ou personnalisée ?</p>	
<p><u>-Thème 2 : les relations partenariales avec les CPAM</u></p>		
	<p>Constatez-vous une forte influence des CPAM sur les bénéficiaires de la CMU-C dans leur choix de gestion par un OC ?</p>	
	<p>-Remarquez-vous une influence selon les dynamiques géographiques impulsées et la politique des CPAM locales?</p>	

0	<p>-Quels sont selon vous les principaux intérêts et enjeux pour votre organisme de « capter » les bénéficiaires de la CMU-C ? (public porteur ou non ? incidence sur les coûts de gestion ? clientèle captive? Promotion et politique marketing sur les contrats de sortie, etc.)</p> <p>Combien de contrats de sortie délivrez vous chaque année ?</p>	

ANNEXE 15 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE OPTION-OC



Enquête CMUc octobre 2013 Nombre de répondants : 181

Option Organisme complémentaire

Q1 Saviez-vous que vos droits étaient gérés par votre mutuelle ?		
Oui	140	79,10%
Non	37	20,90%
Total répondants	177	100,00%
Non-Répondants	4	

Q2 Comment avez-vous été informé(e) de la possibilité de confier vos droits à un organisme complémentaire ?		
Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)	118	62,43%

Si autre, précisez :	
Assistant(e) Sociale	10
Avait sa propre mutuelle	1

Votre Caisse d'Allocations Familiales (CAF)	13	6,88%
Une mutuelle, une assurance	12	6,35%
Un professionnel de santé	9	4,76%
Par une association	3	1,59%
Le bouche à oreille	12	6,35%
Autre	22	11,64%
Total des réponses	189	100%
Total répondants	179	
Non-Répondants	2	



CCAS	1
En allant à la sécu	1
En remplissant les formulaires de la CMU	1
Mon mari	1
Par ma cousine qui a un enfant handicapé	1
R.S.I.	1
RSA	1
J'étais mutualisé avant la CMU et j'étais obligé de la conserver pour la CMUC	1
Total répondants	19
Non-Répondants	3

Q3 L'information était :		
Très précise et très personnalisée	36	21%
Précise et personnalisée	85	49%
Précise et peu personnalisée	32	19%
Imprécise et impersonnelle	19	11%
Total répondants	172	100%

Non-Répondants	9
----------------	---

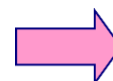
Q4 Vous a-t-on communiqué la liste des mutuelles habilitées à gérer vos droits ?		
Oui	75	42,13%
Non	103	57,87%
Total répondants	178	100,00%
Non-Répondants	3	

Q5 Vous a-t-on parlé des tarifs préférentiels du contrat de sortie ?		
Oui	16	9%
Non	160	91%
Total répondants	176	100%
Non-Répondants	5	

Q6 Vous a-t-on donné des documents sur la CMU-c ?		
Oui	101	57%
Non	76	43%
Total répondants	177	100%

Non-Répondants	4
----------------	---

Q7 Pourquoi avez-vous choisi une mutuelle ?		
Je souhaitais conserver mon ancienne complémentaire	116	47,74%
Je pense que ce mode de gestion est financièrement plus avantageux pour moi	26	10,70%
Je souhaite bénéficier des tarifs préférentiels du contrat de sortie	14	5,76%
Je suis traditionnellement attaché(e) à ma mutuelle	23	9,47%
J'ai été incité(e) par ma CPAM à choisir une mutuelle	22	9,05%
Je pense que la gestion par une mutuelle est plus efficace	7	2,88%
Je voulais être traité comme un assuré classique et ne pas être stigmatisé	19	7,82%
Autre	16	6,58%
Total des réponses	243	100%
Total répondants	172	
Non-Répondants	9	



Si oui, je pense que mon affiliation à la CMU-c est provisoire :		
Oui	73	82,95%
Non	15	17,05%
Total répondants	88	100%
Non-Répondants	28	





Pourquoi avez-vous choisi une mutuelle ? : réponse autre

Quand je travaillais à la Croix-Rouge française j'avais ma mutuelle, depuis mon licenciement en 2007, je percevais 750 euros par mois j'ai demandé la CMU EN 2008, je n'y avais pas droit je dépassais de 1.50 euros , j'ai du prendre une mutuelle ADREA que je payais 55 euros par mois mais après je me suis retrouvée avec l'allocation spécifique solidarité , je ne pouvais plus payer ma mutuelle alors j'ai du voir une assistante sociale qui m'a conseillée de déposer ma demande de CMU entre temps j'ai trouvé un travail à mi-temps à 400 euros par mois , je survivais avec un petit salaire, j'ai cherché autre chose mais c'est très difficile à mon âge de retrouver un emploi. Je pense que j'ai répondu à vos questions comme j'ai pensé dans l'ensemble, merci de votre compréhension.

On m'a aidé à savoir ce que je devais faire pour avoir une mutuelle

La CPAM a pris en charge mon dossier et a fait le nécessaire auprès de ma complémentaire . Je n'ai pas fait de demande précise auprès d'AXA

Je vivais en Belgique et je pense qu'il est préférable d'avoir une mutuelle , j'en avais une en Belgique

Mutuelle obligatoire au travail

Ne comprenant rien lors du remplissage de mon dossier lors du choix, j'ai coché un peu au hasard, j'avoue mais les explications sont très peu explicites

Incitée par la mutuelle

Je voulais prendre la mutuelle de la CPAM, mais j'étais inscrit sur une mutuelle privée par un emploi précédent. C'était plus simple et plus rapide de garder la même mutuelle.

Travail

Parce que l'on a pas le choix

En tant qu'ancienne salariée de l'éducation nationale mes droits à la MGEN sont ouverts jusqu'en 2006	
J'ai été conseillé par une assistante sociale à choisir une mutuelle	
Je ne voulais plus que certains personnels de santé refusent de délivrer des soins pour moi-même ou ma fille ou qu'ils effectuent incorrectement leur travail.	
Je ne voyais pas de différence	
Total répondants	14
Non-Répondants	2

Le profil des répondants



Q8 Vous êtes :		
Un homme	64	36%
Une femme	116	64%
Total répondants	180	100%
Non-Répondants	1	

Q9 Quel âge avez-vous ?		
-------------------------	--	--

18-24 ans	9	4,97%
25-34 ans	55	30,39%
35-44 ans	48	26,52%
45-54 ans	45	24,86%
55-64 ans	22	12,15%
65-79 ans	2	1,10%
80 et +	0	0,00%
Total répondants	181	100,00%

Q10 Quelle est votre situation familiale :		
Marié(e)	37	21,02%
En couple	14	7,95%
Célibataire *	125	71,02%
Total répondants	176	100,00%
Non-Répondants	5	

* Dans la notion de "célibataire" sont inclus les personnes de retrouvant seules après des aléas de la vie : séparation, divorce, veuvage

Q11 Avez-vous des enfants ?



Le profil des répondants

Oui	113	62%
Non	68	38%
Total répondants	181	100%

Q12 Nombre de personnes au sein du foyer bénéficiant de la CMU-C (en plus de vous-même) :		
1	47	35%
2	32	24%
3	22	16%
4 ou plus	33	25%
Total répondants	134	100%
Non-Répondants	47	

Q13 Quel est votre niveau d'études ?		
Sans diplôme	51	28,49%
Secondaire (du CAP au baccalauréat)	81	45,25%
Etudes supérieures	47	26,26%

Total répondants	179	100%
Non-Répondants	2	

Q14 Quelle est votre situation actuelle ?		
Sans emploi	56	31,28%
Bénéficiaire du RSA	88	49,16%
En emploi	31	17,32%
Retraité	4	2,23%
Total répondants	179	100%
Non-Répondants	3	

77 RSA sans emploi, 11 RSA avec emploi

133 répondants sans emploi ou bénéficiaires du RSA sans emploi

Q15 Quel est votre emploi actuel ou quel était votre dernier emploi occupé ?		
Agriculteur exploitant	0	0,00%
Professions Intermédiaires	12	7,45%
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	7	4,35%
Employé	107	66,46%
Cadre et professions intellectuelles supérieures	8	4,97%



Le profil des répondants

Ouvrier	27	16,77%
Total répondants	161	100%
Non-Répondants	20	

Q16 Si vous êtes sans emploi, depuis combien de temps?		
Moins de 6 mois	12	9,52%
De 6 mois à 1 an	17	13,49%
De 1 an à 2 ans	30	23,81%
Plus de 2 ans	67	53,17%
Total répondants	126	100%
Non-Répondants	7	

133 répondants sans emploi ou bénéficiaires du RSA sans emploi		
Q17 Depuis combien de temps bénéficiez-vous de la CMU-C ?		
Moins de 6 mois	40	22,60%
De 6 mois à 1 an	36	20,34%
De 1 an à 2 ans	44	24,86%
Plus de 2 ans	57	32,20%
Total répondants	177	100,00%



Le profil des répondants

Non-Répondants	4
----------------	---

Q18 Avant la CMU-C, si vous bénéficiez-vous d'une mutuelle, était-ce au titre ?		
d'un contrat collectif d'entreprise ou	34	20%
d'un contrat individuel	136	80%
Total répondants	170	100%
Non-Répondants	11	



Enquête CMUc octobre 2013 Nombre de répondants : 129
Option CPAM

Q1 Saviez-vous que vos droits à la CMU-C étaient gérés par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (la CPAM du Rhône) ?		
Oui	118	94%
Non	8	6%
Total répondants	126	100%
Non-Répondants	3	

Q2 Pourquoi avez-vous choisi la CPAM ?		
Je fais davantage confiance à la Sécurité sociale qu'aux mutuelles	66	26,61%
Je préfère que mes soins soient remboursés intégralement par un unique organisme	52	20,97%
J'ai été incité(e) par ma CPAM à choisir ce mode de gestion	9	3,63%
Je pense que la gestion par ma CPAM est financièrement plus avantageuse pour moi	28	11,29%
Je suis d'avantage familier avec ma CPAM qu'avec les mutuelles	37	14,92%
Je trouve que c'est plus simple	53	21,37%
Autre	3	1,21%

→ Si autre, précisez :

Total des réponses	248	100,00%
Total répondants	127	
Non-Répondants	2	

Pas de moyens pour la mutuelle
Chomage
C'est du sérieux

Q3 Saviez-vous que votre CMU-C pouvait être gérée par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institutions de prévoyance) ?

Oui	57	45%
Non	71	55%
Total répondants	128	100%
Non-Répondants	1	

Réponse NON →

Si oui, vous en avez été informé(e) par ?

Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)	46	73%
Votre Caisse d'Allocations Familiales (CAF)	6	10%
Une mutuelle, assurance	0	0%
Une association	1	2%
Un professionnel de santé	1	2%
Le bouche à oreille	7	11%
Autre	2	3%
Total des réponses	63	100%
Total répondants	56	
Non-Répondants	1	

Si non, auriez-vous souhaité en être informé ?

Oui	41	59%
Non	28	41%
Total répondants	69	100%
Non-Répondants	2	

Auriez-vous confié la gestion de vos droits à une mutuelle ou une assurance ?

Oui	5	8%
Non	60	92%
Total répondants	65	100%
Non-Répondants	6	

Si autre, précisez :

Organisme de la CMU
Internet CPAM

Q4 Diriez-vous que l'information était:

Très précise et très personnalisée	15	13,39%
------------------------------------	----	--------

Précise et personnalisée	34	30,36%
Précise et peu personnalisée	34	30,36%
Imprécise et impersonnelle	10	8,93%
Pas d'information du tout	19	16,96%
Total répondants	112	100,00%
Non-Répondants	17	

Q5 Vous a-t-on communiqué la liste des mutuelles habilitées à gérer la CMU-C ?		
Oui	24	19%
Non	100	81%
Total répondants	124	100%
Non-Répondants	5	

Q6 Vous a-t-on parlé des « tarifs préférentiels » du « contrat de sortie » des mutuelles lorsque vous ne bénéficiez plus de la CMU-C ?		
Oui	6	5%
Non	118	95%
Total répondants	124	100%
Non-Répondants	5	

Q7 Vous a-t-on fourni des supports de communication?		
Oui	8	7%
Non	115	93%
Total répondants	123	100%
Non-Répondants	6	

Q8 Vous êtes :		
Un homme	62	48%
Une femme	66	52%
Total répondants	128	100%
Non-Répondants	1	



Le profil des répondants

Q9 Quel âge avez-vous ?		
18-24 ans	6	4,72%
25-34 ans	29	22,83%
35-44 ans	35	27,56%
45-54 ans	32	25,20%
55-64 ans	20	15,75%
65-79 ans	5	3,94%
80 et +	0	0,00%
Total répondants	127	100,00%
Non-Répondants	2	

Q10 Quelle est votre situation familiale :		
Marié(e)	29	22,83%
En couple	10	7,87%
Célibataire	88	69,29%
Total répondants	127	100,00%
Non-Répondants	2	

Q11 Avez-vous des enfants ?		
Oui	86	68%
Non	41	32%
Total répondants	127	100%
Non-Répondants	2	

Q12 Nombre de personnes au sein du foyer bénéficiant de la CMU-C (en plus de vous-même) :		
1	38	37,25%
2	21	20,59%
3	16	15,69%



Le profil des répondants

* Dans la notion de "célibataire" sont inclus les personnes de retrouvant seules après des aleas de la vie : séparation, divorce, veuvage

4 ou plus	27	26,47%
Total répondants	102	100,00%
Non-Répondants	27	

Q13 Quel est votre niveau d'études ?		
Sans diplôme ;	51	41,13%
Secondaire (du CAP au baccalauréat) ;	48	38,71%
Etudes supérieures	25	20,16%
Total répondants	124	100,00%
Non-Répondants	5	



Le profil des répondants

Q14 Quelle est votre situation actuelle ?		
Sans emploi	27	20,93%
Bénéficiaire du RSA *	76	58,91%
En emploi	23	17,83%
Retraité	3	2,33%
Total répondants	129	100,00%

* 67 RSA sans emploi, 9 RSA avec un mi-temps

94 répondants sont sans emploi ou bénéficiaires du RSA sans emploi

Q15 Quel est votre emploi actuel ou quel était votre dernier emploi occupé ?		
Agriculteur exploitant	1	0,96%
Professions Intermédiaires	6	5,77%
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	5	4,81%
Employé	57	54,81%
Cadre et professions intellectuelles supérieures	6	5,77%
Ouvrier	29	27,88%
Total répondants	104	100,00%
Non-Répondants	25	



Le profil des répondants

Q16 Si vous êtes sans emploi, depuis combien de temps ?		
Moins de 6 mois	1	1,16%
De 6 mois à 1 an ;	10	11,63%
De 1 an à 2 ans ;	16	18,60%
Plus de 2 ans	59	68,60%
Total répondants	86	100,00%
Non-Répondants	8	

94 répondants sont sans emploi ou bénéficiaires du RSA sans emploi

Q17 Depuis combien de temps bénéficiez-vous de la CMU-C ?		
Moins de 6 mois	11	9%
De 6 mois à 1 an ;	9	7%
De 1 an à 2 ans ;	20	16%
Plus de 2 ans	86	68%
Total répondants	126	100%
Non-Répondants	3	

Q18 Avant la CMU-C, bénéficiez-vous d'une mutuelle ?		
Oui	51	40%
Non	77	60%
Total répondants	128	100%
Non-Répondants	1	

Etait-ce au titre :		
d'un contrat collectif d'entreprise	14	27%
d'un contrat individuel ?	37	73%
Total répondants	51	100%

ANNEXE 17 : TABLEAU D'ANALYSE CROISE

Question	CPAM	OC	Commentaires
Saviez vous que vos droits étaient gérés par CPAM / OC ?	94%	79,10%	Un manque de transparence (ou manque de compréhension) sur les bénéficiaires OC <i>A croiser avec l'information</i>
Pourquoi avez-vous choisi CPAM / OC ?	1 – Confiance 2 – Simplicité 3 – Gestion unique 4 – Familiarité 5 – Avantage financier 6 – Incitation par la CPAM (3,6%) 7 – Autres	1 – Conserver complémentaire (« traditionnellement attaché ») 2 – Financièrement avantageux 3 – Tradition 4 – Incitation CPAM (9,05%) 5 – Stigmatisation (7,82%) 6 – Autres (Incitation OC, obligation...) 7 – Tarifs préférentiels	Les éléments <i>subjectifs</i> de motivation arrivent en premier lieu. Transparence, information, communication sur le dispositif... ? (cela relève des croyances....) Prépondérance forte de la confiance pour les CPAM. Les éléments financiers comptent plus pour les bénéficiaires OC. Noter le pourcentage non négligeable de la stigmatisation.
Saviez-vous que votre CMU-C pouvait être gérée par	Non 55%		En termes de transparence, pose question

un OC ?	<p>Si non, vous auriez souhaité en être informé ?</p> <p>Oui 59%</p> <p>Mais ils n'auraient pas choisi un OC (92%)</p>		<p>+ Soucis du citoyen d'être informé et de connaître ses droits</p>
Vous avez été informé par ?	<p>1 – 73% CPAM</p> <p>2 – Bouche à oreille 11%</p> <p>3 – CAF 10%</p>	<p>1 – CPAM 62,43%</p> <p>2 – Autre 11,54%</p> <p>Et premier critère</p> <p>Assistants sociales 10/22 – 5%</p> <p>3 – CAF 6,88%</p> <p>4 – Assurance mutuelle 6,35%</p>	<p>Rôle à noter des assistantes sociales et de la CAF (à exploiter) : AS de la CAF ?</p>
Vous diriez que l'information était ?	<p>1 – Précise et personnalisée 30,36%</p> <p>2 – Précise et peu personnalisée 30,36%</p> <p>3 – Pas d'information 17%</p> <p>4 – Très précise et très</p>	<p>1 – Précise et personnalisée 49%</p> <p>2 – Très précise et très personnalisée 21%</p> <p>3 – Précise et peu personnalisée 19%</p> <p>4 – Imprécise et</p>	<p>Une différence de communication ou une différence de compréhension ?</p> <p><i>A croiser avec la CSP ?</i></p>

	personnalisée 13,39%	impersonnelle 11%	
		5 – Pas d'information du tout 0%	
Communication de la liste ?	Non 81%	Non 57,8%	Transparence ?
Tarifs préférentiels ?	Non 95%	Non 91%	Idem <i>Interrogation vis-à-vis du discours tenu en entretiens...</i>
Supports de communication ?	Non 93%	Oui 57%	Information des bénéficiaires précaires... ? Trop vite éludée ? <i>A croiser avec questions profil</i>
Vous êtes	Femme 52%	Femme 64%	
Âge	1 – 35-44 ans 2 – 45-54 ans 3 – 25-34 ans	1 – 25-34 ans 2 – 35-44 ans 3 – 45-54 ans	Un public plus jeune pour les OC
Situation familiale	70% Célibataires	71% Célibataires	
Enfants	68% Oui	62% Oui	Familles monoparentales
Affiliés CMU-C dans le foyer	1 – 1	1 – 1	On a soit des petites cellules familles, soit des grosses familles

	2 – 4 ou plus 3 – 2	2 – 4 ou plus 3 – 2	
Niveau d'études	Sans diplômes (41%) Secondaire (38%) Etudes supérieures (20%) (Environ 58% à partir du secondaire)	Secondaire (45%) Sans diplôme (28%) Etudes supérieures (26%) (Environ 70% à partir du secondaire)	Un public OC avec un niveau d'études plus élevé
Situation actuelle	59% RSA 21% Sans emploi 17% En emploi	49% RSA 31% Sans emploi 17% En emploi	Plus de chômeurs OC pas au RSA (chômeurs en fin de droits ?) <i>Perspectives relèvement du plafond : plus de bénéficiaires OC ?</i>
CSP	1 – Employé 54,8% 2 – Ouvriers 28% 3 – Cadres + Professions intermédiaires : 5,77%	1 – Employé 66% 2 – Ouvriers 16% 3 – Professions intermédiaires 7,5% 4 – Cadres 5%	CSP supérieures pour les OC
Chômage depuis combien de temps ?	68,6% plus de 2 ans 18% 1 à 2 ans 1% moins de 6 mois	53% plus de 2 ans 24% 1 à 2 ans 10% moins de 6 mois	Public installé dans une situation plus précaire pour les CPAM

CMU-C depuis combien de temps ?	68% Plus de 2 ans 16% 1 à 2 ans 7% 6 mois à un an 9% Moins de 6 mois	32% Plus de 2 ans 24% 1 à 2 ans 20% 6 mois à 1 an 22% moins de 6 mois	Question du maintien de droits Rupture de droits (revenus plus élevés au chômage pour les bénéficiaires OC)
Avant la CMU-C bénéficiez vous d'une mutuelle ?	40% Oui (Non 60%)		
C'était au titre...	73% contrat individuel	80% individuel	Surprenant Information sur le dispositif ?

ANNEXE 18 : SYNTHÈSE RAPPORT POUR LE PARLEMENT

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), instituée par la loi du 27 juillet 1999, s'adresse aux personnes résidant sur le territoire français et dont les ressources sont inférieures à un certain seuil. Cette couverture complémentaire gratuite peut être gérée, selon le choix du bénéficiaire, par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont il dépend, ou par un Organisme Complémentaire (OC), à savoir, une mutuelle, une assurance, ou une institution de prévoyance.

L'étude commandée auprès des élèves de l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (En3s) par le Fonds CMU, et dirigée par son Directeur honoraire, Monsieur Jean-François Chadelat, a pour but d'étudier les déterminants du choix de gestion de la CMU-C par les bénéficiaires. Cette étude s'inscrit dans un contexte particulier : le taux de bénéficiaires choisissant un OC pour la gestion de leurs droits augmente depuis 2006.

Ce projet de « Recherche-Action » s'appuie à la fois sur une recherche littéraire, et sur une étude de terrain, qui s'articule en deux temps : des entretiens auprès des CPAM et des OC ont été menés, et un questionnaire à l'attention des bénéficiaires de la CMU-C a été élaboré. L'étude de terrain a pour vocation de venir éclairer, en les infirmant, nuanciant ou confirmant, les hypothèses formulées grâce à la recherche littéraire. Ces hypothèses tendent à expliquer le choix de gestion des bénéficiaires de la CMU-C. En premier lieu, des hypothèses ont été formulées pour expliquer le choix de gestion par la CPAM. Elles consistent en : la complexité des procédures et la préférence accordée à un guichet unique, les éléments subjectifs de motivation tels que la confiance dans le Service public ou la familiarité avec la CPAM, et la politique de communication des organismes. En second lieu, des hypothèses ont été formulées pour expliquer le choix de gestion par un OC. Elles admettent : la tradition mutualiste de certains territoires, le profil socio-économique de l'assuré, et les obligations normatives de préservation de l'OC pendant la première année d'affiliation.

L'échantillon des neuf CPAM sélectionnées était constitué d'organismes représentatifs de la variation des taux de bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC : un premier lot était constitué de caisses à faible taux historique ; un deuxième, de caisses à fort taux historique ; un troisième était composé de caisses ayant connu les plus fortes augmentations de ce taux sur les cinq dernières années. En complément, un entretien a été mené auprès de la CPAM du Rhône dont le taux est proche de la moyenne. Deux entretiens ont été menés auprès d'Organismes Complémentaires : les plus importants dans le dispositif, en nombre d'assurés gérés, ont été ciblés : il s'agit de la MAAF, de Prévadies, des groupes Harmonie et Eovi.

Le questionnaire a été construit en lien avec la CPAM du Rhône, avec laquelle une Convention a été signée avec l'École. En réalité, ce sont deux questionnaires qui ont été élaborés : le premier s'adressait aux bénéficiaires ayant opté pour un OC, et le second, aux bénéficiaires ayant opté pour la CPAM. Collégialement, il a été décidé que 1000 questionnaires seraient envoyés, dont 500 aux optant-CPAM, et 500 aux optant-OC. Trois thèmes ont été mis en exergue : le profil des bénéficiaires (catégorie socioprofessionnelle, situation personnelle, niveau d'études...) ; les motivations des bénéficiaires (avantages financiers, inconvénients pratiques, éléments subjectifs de confiance...) ; et la politique de communication dont ils ont fait l'objet (information précise, personnalisée, contenu de l'information...).

Des résultats du questionnaire, ainsi que de la restitution des entretiens, ressortent deux grands déterminants pour le choix de gestion.

Tout d'abord, le rôle et l'influence des organismes paraît avoir des conséquences sur l'option.

En premier lieu, malgré la volonté de conserver une neutralité dans le discours, la communication parfois partielle des CPAM quant aux inconvénients et avantages de chaque

option peut influencer le choix des bénéficiaires. Il a en effet été mis en exergue que les efforts de communication des CPAM sont inégaux. En effet, il varie tout d'abord lors de l'instruction du dossier par les agents d'accueil qui présument du profil des bénéficiaires (en termes de précarité, fragilité, autonomie). Il varie également selon les difficultés de productivité et d'efficacité des organismes (le choix d'option pour un OC emporte des actes d'instruction supplémentaires du dossier). Il diffère enfin selon l'implantation géographique de la CPAM, sachant que certains territoires ont une tradition mutualiste plus forte que d'autres

En deuxième lieu, en ce qui concerne les organismes complémentaires, il est apparu que leur rôle était contraint dans la gestion du dispositif, et que leur politique de communication, et donc leur influence, étaient limitées. En effet, les modalités de gestion mêmes du dispositif réduisent les marges de manœuvre des OC. L'essentiel de la gestion appartient à la CPAM : les OC ne connaissent pas leurs assurés et les assurés n'ont pas de contact avec leur OC. Par ailleurs, la politique de communication, comme le positionnement stratégique vis-à-vis du dispositif, varie en fonction des OC concernés. Il est essentiellement contraint par l'organisation du dispositif, même si certains OC ont une politique de communication plus offensive vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C.

En troisième lieu, des partenariats avec les organismes sociaux se développent. La CAF a notamment un rôle non négligeable dans la communication sur le dispositif, dans le cadre de l'instruction du Revenu de Solidarité Active et l'affiliation systématique des bénéficiaires à la CMU-C.

Ensuite, le second déterminant résultant de l'enquête, est relatif aux bénéficiaires, et concerne leurs profils et leurs motivations. En effet, le profil socio-économique des bénéficiaires varie en fonction de leur choix de gestion. Les bénéficiaires optant pour la gestion par une CPAM ont un profil plus précaire que les optant-OC : ils bénéficient davantage du RSA, sont au chômage et affiliés à la CMU-C depuis plus longtemps, ont un niveau d'études inférieur, et sont davantage représentatifs des catégories socioprofessionnelles des employés et ouvriers. Il ressort également que les critères « subjectifs » de motivation, prévalent sur les critères objectifs (argument financier, plus grande simplicité...) : les optant-CPAM ont mis en relief la confiance dans la CPAM comme déterminant de leur choix, tandis que les optant-OC ont souligné leur attachement traditionnel à leur mutuelle, et le refus d'être stigmatisé par rapport aux autres assurés.

Pourquoi avez-vous choisi la CPAM / un OC ?	Motifs invoqués par les optant-CPAM :	Motifs invoqués par les optant-OC :
	1 – Confiance : 26,61% 2 – Simplicité : 21,37% 3 – Gestion unique : 20,97% 4 – Familiarité : 14,92% 5 – Avantage financier : 11,29% 6 – Incitation par la CPAM : 3,63% 7 – Autres : 1,21%	1 – Conserver complémentaire : 47,74% 2 – Financièrement avantageux : 10,70% 3 – Tradition (« Je suis traditionnellement attaché à ma mutuelle ») : 9,47 % 4 – Incitation CPAM : 9,05% 5 – Stigmatisation : 7,82% 6 – Autres : 6,58% (Incitation OC, obligation normative, stigmatisation...) 7 – Tarifs préférentiels : 5,76 %

De ces différents constats éclairant le choix d'option des bénéficiaires, extraits des résultats des études qualitative et quantitative, il a pu être formulées des préconisations, afin de faciliter la gestion du dispositif et d'en améliorer la transparence.

En effet, des entretiens est unanimement apparue la difficulté de manipuler la liste des OC agréés pour gérer les droits CMU-C. Les préconisations formulées en la matière concernent à la fois l'ergonomie et la mise à jour de la liste. La CPAM de l'Isère a mis à disposition pour toute la région Rhône-Alpes un outil afin de faciliter la gestion de la liste par les agents d'accueil : cette application, simple d'utilisation, permet de rechercher les organismes complémentaires par numéro de mutuelle, nom ou ville. Par ailleurs, il est apparu que la liste est difficilement mise à jour, en raison des regroupements et fusion de mutuelles. En ce sens, centraliser la gestion de la liste au niveau des sièges apporterait une plus grande simplicité. Par ailleurs, les CPAM pâtissent de l'absence de dématérialisation des flux entre OC et CPAM en ce qui concerne l'ouverture des droits des bénéficiaires. Une action est sans doute à engager en ce sens afin de fluidifier les échanges entre les organismes.

Ensuite, un manque de transparence sur le dispositif a été mis en évidence. En effet, la méconnaissance des différents acteurs concernant le dispositif met en avant un certain manque d'information et de communication à plusieurs niveaux. Les OC n'ont pas contact avec leurs assurés. Les agents d'accueil de la CPAM connaissent mal et communiquent peu sur les tarifs préférentiels et le contrat de sortie dont les assurés peuvent bénéficier s'ils choisissent l'option-OC. Enfin, les bénéficiaires paraissent peu informés de la possibilité de confier leurs droits à un OC. En ce sens, il serait souhaitable de redynamiser la communication au sein du réseau de l'Assurance Maladie. La CNAMTS, en renforçant la communication sur la réglementation, permettrait d'harmoniser les pratiques des différentes CPAM dans le réseau, et de rappeler les modes opératoires dans le cadre du parcours attentionné. Les CPAM pourraient en conséquence mettre en place une politique de formation des agents qui renforcerait leur connaissance sur le dispositif, afin qu'ils puissent communiquer les avantages et inconvénients de chaque option. Pour garantir la liberté de choix des bénéficiaires, une politique d'accueil sur rendez-vous pour l'ouverture des droits permettrait d'adapter l'information et la communication de l'agent d'accueil aux différents publics, comme la MSA l'a fait avec ses « rendez-vous prestations ». Pour terminer, les partenariats de l'Assurance Maladie devraient être consolidés. Ainsi, la coordination entre Caisses Nationales en la matière permettrait de fluidifier les rapports entre CAF, CPAM et CARSAT. Il s'agirait par exemple d'intégrer le choix d'option CMU-C au processus d'ouverture de droits au RSA, par voie dématérialisée.

1. Les ouvrages.

- ▼ SZEFTTEL Daniel (2000), *La couverture maladie universelle : enjeux stratégiques et éthiques de l'assurance maladie*, Ecole de Hautes études en Sciences Sociales.
- ▼ CRAM de Rhône-Alpes (2002), *Couverture maladie universelle : implication de la caisse régionale d'assurance maladie*, Les cahiers de la CRAM Rhône-Alpes, 50 p.
- ▼ CHADELAT Jean-François et TABUTEAU Didier (2009), *Les dix ans de la CMU, 1999-2009 : actes du colloque organisé par le Fonds de financement de la CMU et la Chaire Santé de Sciences Po le 8 septembre 2009*, Edition de Santé : Presses de Sciences Po, 77 p.
- ▼ MILLOT Roger, RUDELLE-WATERNAUX Alice et BOCQUAIRE Edith (2012), *Assurance de santé : acteurs et garanties*, Groupe Industrie Info, 382 p.

2. Rapports institutionnels et légaux.

- ▼ BOULARD Jean-Claude (1998), *Pour une couverture maladie universelle : base et complémentaire*, Rapport au Premier ministre, 182 p.
- ▼ DESCOURS Charles, MACHET Jacques et VASSELLE Alain (2000), *Rapport d'information n°356 au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale*, Quatrième partie – La mise en place de la couverture maladie universelle, 50 p.
- ▼ Cour des comptes (2006), *Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VII : la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire, 28 p.
- ▼ Cour des comptes (2011), *Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie universelle complémentaire, 25 p.
- ▼ Fonds CMU (2011), *Rapport n°V d'évaluation de la loi CMU*, 313 p.
- ▼ Fonds CMU (2011), *Rapport d'activité 2010*, 105 p.
- ▼ Fonds CMU (2012), *Rapport d'activité 2011*, 167 p.

- ▼ Fonds CMU (2012), *La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2010 et 2011*, 47 p.

3. Etudes et rapports de recherche.

- ▼ FROTIEE Brigitte (2004), *La fabrique du droit social : l'exemple de la CMU*, Rapport au Fonds CMU, Ecole normale supérieure de Cachan, 150 p.
- ▼ GUEGUEN Julien (2009), *Couverture maladie universelle complémentaire : enjeux éthiques du non recours et des refus de soins*, Rapport de recherche université Paris Descartes, 121 p.
- ▼ CHAUVEAUD Catherine, KNOEPFEL Peter et WARIN Philippe (2009), *Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires des minima sociaux, Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles*, Expérimentation sociale HCSA, Rapport de l'Observatoire des non-recours aux droits et services et l'Institut de hautes études en administration publique, 57 p.
- ▼ BRAJON Emile, CAMBONA Christophe, CHARRON Laurence, MASAOUDI Khalil et SCHMITT Jeanne (2010), *Le turn over au sein de la CMU-C*, Rapport de recherche-action de l'EN3S, 64 p.
- ▼ CHAUVEAUD Catherine, ANDRE-POYAUD Isabelle, REVIL Hélène et WARIN Philippe (2011), *Une action d'information pour accéder à la CMU-C ou à l'ACS*, Etude menée par l'Observatoire des non-recours aux droits et service et la CPAM des Alpes de Haute-Provence, 61 p.
- ▼ BLANCHARD Nicolas, DORIZON Sandra, MONGIN Fanny, MONTIBELLIER-LAFOSSE Christelle et TRUPHEME Louis (2011), *L'accueil des bénéficiaires de a CMU-C en CPAM dix ans après la création du dispositif*, Rapport de recherche-action de l'EN3S en collaboration avec le Fonds CMU, 53 p.

L'étude commandée auprès des élèves de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (En3s) par le Fonds CMU, et dirigée par son Directeur honoraire, Monsieur Jean-François Chadelat, a pour but d'étudier les déterminants du choix de gestion de la CMU-C par les bénéficiaires. Cette étude s'inscrit dans un contexte particulier : le taux de bénéficiaires choisissant un OC pour la gestion de leurs droits augmente depuis 2006. Ce projet de « Recherche-Action » s'appuie à la fois sur une recherche littéraire, et sur une étude de terrain, qui s'articule en deux temps : des entretiens auprès des CPAM et des OC ont été menés, et un questionnaire à l'attention des bénéficiaires de la CMU-C a été élaboré. Des résultats du questionnaire, ainsi que de la restitution des entretiens, ressortent deux grands déterminants pour le choix de gestion.

Tout d'abord, le rôle et l'influence des organismes paraît avoir des conséquences sur l'option.

En premier lieu, malgré la volonté de conserver une neutralité dans le discours, la communication parfois partielle des CPAM quant aux inconvénients et avantages de chaque option peut influencer le choix des bénéficiaires. Il a en effet été mis en exergue que les efforts de communication des CPAM sont inégaux. En deuxième lieu, en ce qui concerne les organismes complémentaires, il est apparu que leur rôle était contraint dans la gestion du dispositif, et que leur politique de communication, et donc leur influence, étaient limitées. En troisième lieu, des partenariats avec les organismes sociaux se développent.

Ensuite, le second déterminant résultant de l'enquête, est relatif aux bénéficiaires, et concerne leurs profils et leurs motivations. En effet, le profil socio-économique des bénéficiaires varie en fonction de leur choix de gestion. Les bénéficiaires optant pour la gestion par une CPAM ont un profil plus précaire que les optant-OC : ils bénéficient davantage du RSA, sont au chômage et affiliés à la CMU-C depuis plus longtemps, ont un niveau d'études inférieur, et sont davantage représentatifs des catégories socioprofessionnelles des employés et ouvriers. Il ressort également que les critères « subjectifs » de motivation, prévalent sur les critères objectifs (argument financier, plus grande simplicité...) : les optant-CPAM ont mis en relief la confiance dans la CPAM comme déterminant de leur choix, tandis que les optant-OC ont souligné leur attachement traditionnel à leur mutuelle, et le refus d'être stigmatisé par rapport aux autres assurés.

De ces différents constats éclairant le choix d'option des bénéficiaires, extraits des résultats des études qualitative et quantitative, il a pu être formulées des préconisations, afin de faciliter la gestion du dispositif et d'en améliorer la transparence.

En effet, des entretiens est unanimement apparue la difficulté de manipuler la liste des OC agréés pour gérer les droits CMU-C. Les préconisations formulées en la matière concernent à la fois l'ergonomie et la mise à jour de la liste.

Ensuite, un manque de transparence sur le dispositif a été mis en évidence. En effet, la méconnaissance des différents acteurs concernant le dispositif met en avant un certain manque d'information et de communication à plusieurs niveaux. En ce sens, il serait souhaitable de redynamiser la communication au sein du réseau de l'Assurance Maladie. Les CPAM pourraient mettre en place une politique de formation des agents qui renforcerait leur connaissance sur le dispositif, afin qu'ils puissent communiquer les avantages et inconvénients de chaque option. Pour garantir la liberté de choix des bénéficiaires, une politique d'accueil sur rendez-vous pour l'ouverture des droits permettrait d'adapter l'information et la communication de l'agent d'accueil aux différents publics, comme la MSA l'a fait avec ses « rendez-vous prestations ». Pour terminer, les partenariats de l'Assurance Maladie devraient être consolidés. Ainsi, la coordination entre Caisses Nationales en la matière permettrait de fluidifier les rapports entre CAF, CPAM et CARSAT. Il s'agirait par exemple d'intégrer le choix d'option CMU-C au processus d'ouverture de droits au RSA, par voie dématérialisée.