



HAL
open science

Le "non-recours" à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel

Hélène Revil

► **To cite this version:**

Hélène Revil. Le "non-recours" à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel. Science politique. Université de Grenoble, 2014. Français. NNT : 2014GRENH033 . tel-01286233

HAL Id: tel-01286233

<https://theses.hal.science/tel-01286233>

Submitted on 10 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

Spécialité : **Science Politique mention Politiques Publiques**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Madame Héléna REVIL

Thèse dirigée par **Monsieur Philippe WARIN**

préparée au sein du **Laboratoire PACTE/ CNRS UMR 5194**
dans **l'École Doctorale Sciences de l'Homme, du**
Politique et du Territoire (SHPT)

Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle. Emergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel.

Thèse soutenue publiquement le **16 janvier 2014**,
devant le jury composé de :

Monsieur Michel BORGETTO

Professeur de Droit public, Université Panthéon-Assas, Paris 2, Membre.

Monsieur Rémy CAVENG

Maître de conférences en Sociologie, Université de Picardie, Membre.

Monsieur Patrice DURAN

Professeur des Universités, Ecole normale supérieure de Cachan, Président.

Madame Danièle LINHART

Directrice de recherche, CNRS, GTM/CRESPPA, Paris 8, Rapporteur.

Monsieur Renaud PAYRE

Professeur de Science politique, Sciences-Po Lyon, Rapporteur.

Monsieur Philippe WARIN

Directeur de recherche, CNRS, PACTE, Sciences-Po Grenoble, Directeur de thèse.



REMERCIEMENTS

Je remercie Philippe Warin qui m'a donné ma chance et permis de réaliser ce doctorat dans un environnement stimulant et en bénéficiant d'excellentes conditions de travail. Merci pour son suivi permanent, son investissement à mes côtés, sa rigueur intellectuelle, ses conseils et le partage de son expérience scientifique. L'intégration à l'équipe de l'ODENORE, et à plusieurs collectifs de travail, a marqué pour moi un tournant. Elle a ouvert une aventure collective riche, tant sur le plan professionnel que personnel.

Une pensée pour Jérôme Minonzio qui a guidé mes pas vers l'Observatoire.

Des pensées chaleureuses et nostalgiques pour l'équipe de « Constantine » qui m'a si bien accueillie à Grenoble et m'a montré la richesse d'un travail de recherche partagé. Un clin d'œil à Valérie Baudet et à Catherine Morel : merci pour votre amitié.

Exercice personnel, cette thèse prend toutefois sa source dans un indispensable travail d'équipe. Mes pensées vont aux collègues de l'ODENORE, anciens et actuels, Nathalie, Céline, Sonia, Julien, David, Pierre, Yves... Merci pour nos échanges professionnels et nos discussions plus personnelles, pour nos repas partagés et nos cafés conviviaux. Une pensée spéciale à Benjamin qui m'a accordé du temps pour les toutes dernières relectures de ce travail et à Catherine Chauveaud qui m'a accompagnée et guidée dans mes premiers pas sur le terrain.

Je remercie sincèrement toute l'équipe de mon laboratoire d'accueil PACTE, les équipes de Sciences Po Grenoble et de l'Ecole doctorale SHPT pour l'environnement scientifique riche dans lequel ce travail s'est inscrit. Durant ces années, j'ai eu la chance d'être associée à différents projets et groupes de travail et de bénéficier du soutien des personnels administratifs. Mes échanges avec les doctorants sur nos expériences de « thésards », nos projets de recherche partagés ont parallèlement été essentiels. Mes pensées vont en particulier à Bart, Alexia, Elhadji, Renaud, Audrey et au groupe « Santé » de PACTE, conduit par Monika Steffen.

Merci aussi à Catherine, Gilles et à toute l'équipe de la Maison des Sciences de l'Homme (MSH) pour leurs mots toujours gentils à mon égard.

Mes sincères remerciements à Dominique Mansanti pour sa confiance, son soutien et son amitié. A ses côtés, j'ai appris et j'apprends les ficelles du métier d'enseignant.

Un merci chaleureux à Catherine Gucher d'avoir contribué à me créer de très bonnes conditions de fin de thèse. Merci à toute l'équipe de la Structure fédérative de recherche (SFR) Santé société, en particulier Annie Mollier, Irene Morra et Lindsay Bardou pour la convivialité de nos échanges.

Sans « son terrain », une thèse ne pourrait se bâtir : je remercie infiniment les personnels des organismes qui ont accepté de m'accueillir pendant de longs mois pour mener à bien ce doctorat. Mes remerciements vont à tous ceux qui m'ont accordé du temps, qui m'ont fait partager leurs idées, leurs convictions et leurs expériences professionnelles. Une pensée particulière pour Monique Kassiotis de la CPAM de Grenoble, Hugues Sanieel de la CAF de Grenoble et Bruno Négroni du Fonds CMU, aux côtés desquels j'ai beaucoup appris.

Françoise, sans ton aide et tes compétences, cette thèse n'aurait pas eu le même visage. Merci d'avoir consacré quelques moments de ta retraite si méritée pour replonger dans le travail « d'édition » et m'épauler dans cette fin de thèse.

Une thèse, des collègues thésards, des ami(es) : Céline « marmotte », merci pour ton soutien, pour nos moments de décompression Rhône-alpins ou Bretons. Je crois que notre « duo » fonctionne plutôt bien, qu'il soit scientifique, musical, culinaire ou clownesque...

Hélène, merci d'avoir fait de notre bureau un vrai « petit cocon » pendant plusieurs mois.

Merci à Thomas qui en mettant régulièrement le doigt sur mes contradictions m'a aidée à arriver au bout de ce doctorat. Nos affectueuses chamailleries sont un véritable moteur.

Mes remerciements vont à Antoine. Entre complémentarité professionnelle et complicité personnelle, notre amitié s'est affirmée durant ce parcours de thèse. Elle constitue un ingrédient essentiel de ce travail. Bien au delà de celui-ci, elle est tout simplement pour moi indispensable. Solide compagnon de cordée, merci Antoine de m'avoir épaulée jusqu'au sommet de mon Mont Blanc.

Merci à Audrey qui a accepté que s'invite si souvent dans nos discussions ma « copine » la thèse. Elle qui m'a fait rire quand c'était difficile, qui m'a pris par la main quand je n'avancais plus. Clémence, ton amitié est un point d'ancrage et le meilleur des remèdes quand le temps se gâte pour moi. Un merci affectueux à Stéphane et toi : vous nous avez ouvert votre porte avec tellement de simplicité. Je remercie Manu de toujours s'efforcer de comprendre mes joies et mes peines. Merci à Laure, Pauline, Juliette, Flavie, Aurélie, Jenny et Paul mes fidèles ami(e)s, « contre vents et marées ». Merci pour vos présences réconfortantes et pour tous les services que vous m'avez rendus. Merci à Virginie et à Alix pour leur accueil Grenoblois si chaleureux. Une pensée pour Delphine, Sébastien et Quentin qui, ces dernières années, ont fait de nos congés estivaux de vrais moments de détente.

Mes affectueuses pensées pour mes « familles » de l'athlétisme et du chant, « mes sas de décompression ». Geneviève, notre amitié est si précieuse pour moi.

Merci aux Docteurs Zazoun et Duparc de m'aider à continuer.

Merci à mes parents et à ma mamie, sans lesquels mener à termes ces « quelques années » d'études aurait tout simplement été impossible. Leur soutien a pris de multiples visages au fil des années. Un merci infini : votre présence à mes côtés est essentielle. Merci à ma grande sœur, Audrey, d'avoir été là durant nos années d'études lyonnaises, quelle que soit mon humeur, et d'être toujours présente pour m'épauler. Merci aussi d'avoir, avec Bertrand, joué les « équipementiers » pour que je puisse terminer cette thèse dans de bonnes conditions matérielles. Merci à ma famille et à ma belle-famille pour l'intérêt sincère porté à mon travail.

Sylvain, merci de m'avoir tenu si solidement la main tout au long de ces années. Merci pour ta constance, la pertinence de tes conseils et la force de ton engagement à mes côtés. Merci d'avoir maintenu notre équilibre quand je le faisais tanguer. Ton manque d'objectivité à mon égard et la fierté que je lis dans tes yeux sont des contrepoids indispensables à ma confiance en moi encore vacillante.

A Caroline,

*« Ton trésor est protégé,
pour que tout ce que tu as découvert en chemin
ait éternellement un sens ».*
[P. Coelho]

SOMMAIRE

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

INTRODUCTION GENERALE	p.1
CHAPITRE 1.	
LE FONDS CMU, UNE AGENCE DANS LE MONDE DE LA PROTECTION MALADIE.	p.69
SECTION 1. UNE COMPOSITION ET UNE POSITION FAISANT DU FONDS CMU UN ACTEUR "PIVOT" DANS LE CHAMP DE LA PROTECTION MALADIE.	p.71
SECTION 2. DES MISSIONS DE FINANCEMENT, D'ANALYSE ET D'EVALUATION CONSTITUTIVES D'UNE AGENCE MIXTE D'ETAT.	p.81
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.115
CHAPITRE 2.	
UNE AGENCE A L'INITIATIVE DE LA PRODUCTION DE CONNAISSANCES SUR UN ANGLE MORT DE LA CMU.	p. 119
SECTION 1. LA CONVICTION D'UN ACTEUR POUR INTEGRER LE NON-RECOURS DANS L'ANALYSE DE LA CMU.	p.121
SECTION 2. EMPORTER LA CONVICTION PAR L'ELABORATION D'UN FAISCEAU DE PRESOMPTIONS SUR LE NON-RECOURS.	p.139
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.161
CHAPITRE 3.	
UN CONTEXTE POLITIQUE OPPORTUN.	
LA REFORME DOUSTE-BLAZY DE L'ASSURANCE MALADIE.	p.165
SECTION 1. DES DEPENSES MALADIE A MAITRISER : LES PREMIERES MESURES D'ACCROISSEMENT DE LA PARTICIPATION FINANCIERE DES PATIENTS.	p.169
SECTION 2. LA REFORME DOUSTE-BLAZY OU L'AMPLIFICATION DES MECANISMES DE PARTICIPATION FINANCIERE POUR GERER LE RISQUE MALADIE.	p.185
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.200
CHAPITRE 4.	
LE NON-RECOURS AUX DROITS : UN ARGUMENT AU CŒUR DES CONTROVERSES SUR LA PROTECTION MALADIE DES POPULATIONS DEMUNIES.	p.203
SECTION 1. L'AIDE A LA MUTUALISATION POUR LIMITER L'EFFET DE SEUIL DE LA CMU-C. UN MECANISME DE PROTECTION DANS LA TOURMENTE.	p.207
SECTION 2. LE NON-RECOURS AU CŒUR DE LA TOURMENTE DE L'AIDE A LA MUTUALISATION.	p.225
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.239

CHAPITRE 5.	
ENJEUX METHODOLOGIQUES ET STRATEGIQUES DE LA PRODUCTION DE CONNAISSANCES SUR LE NON-RECOURS.	p.243
SECTION 1. LE CHOIX DE TROIS ETUDES : DES CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES ET STRATEGIQUES.	p.249
SECTION 2. DES JEUX D'ALLIANCE POUR ETUDIER LE NON-RECOURS A LA CMU-C DEPUIS LES SYSTEMES D'INFORMATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE.	p.275
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.311
CHAPITRE 6.	
QUAND LE NON-RECOURS A LA CMU-C « SE DONNE A VOIR ». L'ELABORATION D'UN CADRE DE PERCEPTION DU RAPPORT DES RESSORTISSANTS A LEURS DROITS.	p.315
SECTION 1. QUANTIFICATIONS ET CARACTERISATION DU NON-RECOURS A LA CMU-C : USAGES PAR LES ACTEURS DE LA PROTECTION MALADIE.	p.319
SECTION 2. UN ENTREMELEMENT DES FACTEURS EXPLICATIFS DU NON-RECOURS : DES RESPONSABILITES PARTAGEES.	p.345
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.373
CHAPITRE 7.	
L'EXPERIMENTATION LOCALE SUR LE NON-RECOURS AU CROISEMENT DE MULTIPLES ENJEUX. LE FLOU ET L'AMBIGUÏTE POUR AVANCER.	p.379
SECTION 1. UNE IDEE PIONNIERE RAPIDEMENT DEPASSEE.	p.383
SECTION 2. L'EXPERIMENTATION AU CROISEMENT D'ENJEUX MULTIPLES.	p.397
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.429
CHAPITRE 8.	
OUTILLAGE INFORMATIQUE, REPRESENTATIONS DU NON-RECOURS ET HIERARCHISATION DES ENJEUX EXPERIMENTAUX.	p.433
SECTION 1. INFORMATISER LE NON-RECOURS A LA COMPLEMENTAIRE.	p.439
SECTION 2. REPRESENTATIONS DU NON-RECOURS ET ENJEUX EXPERIMENTAUX.	p.463
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.483
CHAPITRE 9.	
L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE D'ACTION PAR LA BRANCHE MALADIE POUR TRAITER LA NON-CONNAISSANCE ET LA NON-RECEPTION DES DROITS.	p.487
SECTION 1. LA GENERALISATION DE L'OUTIL DE DETECTION DU NON-RECOURS. ENTRE USAGE IMMEDIAT ET « EFFET CLIQUET ».	p.491
SECTION 2. DE L'INFORMATION EN MASSE A L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE : UNE STRATEGIE D'ACTION QUI S'AFFINE.	p.507
CONCLUSION DU CHAPITRE.	p.533
CONCLUSION GENERALE	p.537
BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE	p.567
TABLE DES MATIERES	p.591
ANNEXES	p.597

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

AAH	Allocation adulte handicapé
ACOSS	Agence comptable des organismes de Sécurité sociale
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
AMP	Assurance médicale personnelle
AMC	Assurance maladie complémentaire
AMCB	Assurance maladie complémentaire de base
AMD	Aide médicale départementale
AME	Aide médicale d'Etat
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANR	Agence nationale de la recherche
API	Allocation parent isolé
ARS	Agence régionale de santé
ASS	Action sanitaire et sociale
ASPA	Allocation spécifique personnes âgées
BDO	Base de données opérantes
CAF	Caisse des allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CMU	Couverture maladie universelle
CMU B	Couverture maladie universelle Base
CMU-C	Couverture maladie universelle Complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CSBM	Consommation de soins et biens médicaux
DAS	Direction de l'Action sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGD	Dotation générale de décentralisation
DGOS	Direction générale de l'Organisation des soins
DGS	Direction générale de la Santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EN3S	Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale
EPA	Etablissement public à caractère administratif
EPAS	Echantillon permanent des assurés sociaux
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale

FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRTS	Institut de recherche du travail social
LEGOS	Laboratoire d'économie et de gestion des organisations en santé
LFI	Loi de finances initiale
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
MDM	Médecins du monde
MSA	Mutualité sociale agricole
MSF	Médecins sans frontières
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
OC	Organismes complémentaires
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PNAI	Plan national d'action pour l'inclusion
PQE	Plan qualité et efficience
RAC	Reste à charge
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNCPS	Répertoire national commun de la protection sociale
RNIAM	Répertoire national inter régime de l'Assurance maladie
RSI	Régime social des indépendants
TM	Ticket modérateur
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes complémentaires
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
SMR	Service médical rendu
SPS	Enquête sur la santé et la protection sociale

INTRODUCTION

En 2010, un colloque est organisé par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports pour les dix ans d'application de la loi afférente à la Couverture maladie universelle (CMU). A cette occasion, le directeur de la Sécurité sociale du ministère souligne la nécessité d'évaluer les actions mises en place, par les organismes d'Assurance maladie, pour résoudre l'un des problèmes auxquels se confronte la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide complémentaire santé (ACS) : celui du non-recours aux droits. A la même période, le quatrième rapport d'évaluation relatif à ces dispositifs, effectué par le Fonds de financement de la CMU-C et de l'ACS -plus couramment dénommé Fonds CMU-, indique que le taux de non-recours à la CMU-C se situe entre 15 et 20% de la population ciblée par la prestation, tandis que celui de l'ACS atteint 75% (Fonds CMU, 2010).

Dans sa définition la plus simple, le non-recours aux droits renvoie aux personnes éligibles à une prestation sociale, mais qui n'en bénéficient pas, en tout état de cause (Math et Van Oorschot, 1996). En matière de protection maladie, une attention émerge progressivement pour ce phénomène, au fil de la première décennie du XXI^e siècle. En 2002, le Fonds CMU indique que le non-recours constitue un angle mort de la loi CMU et que les acteurs de l'Assurance maladie ne prêtent que peu attention à cette question. En 2010, le phénomène fait l'objet d'un suivi régulier dans les rapports d'activité du Fonds, à partir de chiffrages produits par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). La limitation du non-recours à la complémentaire gratuite -CMU-C- et aidée -ACS- est, parallèlement, introduite dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG), que la CNAMTS a signé avec l'Etat pour la période 2010-2013. Depuis leur mise en place en 1996, suite au Plan d'Alain Juppé de 1995, les COG déterminent les priorités d'action des branches de la Sécurité sociale, leurs objectifs et les résultats vers lesquels elles doivent tendre (Merrien, 2011).

Dans ce travail, nous souhaitons analyser l'émergence, en France, de la question du non-recours à la CMU-C et à l'ACS et son institutionnalisation dans la branche Maladie de la Sécurité sociale. Il s'agit de s'interroger sur le processus qui a permis cette émergence et de

questionner la forme prise par le non-recours, au cours des dix premières années de la mise en œuvre des droits à la complémentaire gratuite et aidée.

NON-RECOURS AUX DROITS ET ENJEUX POUR LES ACTEURS PUBLICS

Antoine Math, l'un des premiers chercheurs à avoir travaillé sur le non-recours en France et qui a participé à son importation depuis l'étranger, suggère d'être attentif aux raisons pour lesquelles la question émerge, selon les catégories de populations ou selon les services et prestations sociales (Math, 2003a). Il souligne, par la même, la nécessité d'accorder de l'importance aux « *bonnes raisons* » (Math, 2003a) qu'ont les acteurs de s'intéresser, ou non, au non-recours, de vouloir le chiffrer, de porter l'attention sur certaines explications, plutôt que sur d'autres, ou sur des types de non-recours en particulier. Raisons qui sont, selon lui, liées aux enjeux évaluatifs du phénomène, enjeux différents en fonction du type de non-recours et qui renvoient les acteurs publics vers des questions organisationnelles relatives à l'accessibilité des droits et/ou politiques, relatives à la nature même de ces droits et du système de protection sociale.

Des travaux de recherche ont montré que le non-recours devient une catégorie d'action, chaque fois différente, en fonction des acteurs qui s'en saisissent et des enjeux associés à la prise en compte du phénomène (Warin, 2010 ; Djouldem, 2011). De manière générale, l'attention portée au non-recours par des acteurs publics tient, tout de même, au fait qu'il traduit, de façon opérationnelle, le rapport que des « ressortissants » de prestations sociales, plus globalement d'ailleurs d'offres publiques, entretiennent avec celles-ci (Warin, 2010). Il trouve, en ce sens, une place dans l'évaluation des politiques, dans la mesure où il tend à « dire quelque chose » des droits et de leurs effets sociaux. Il intéresse, par la même, les acteurs publics « *pour organiser, planifier et mesurer l'impact des politiques sociales et de lutte contre la pauvreté à partir de données objectives* » (Hamel et Warin, 2009).

La plupart des travaux souligne que, dans les pays anglo-saxons, les premiers à se préoccuper du non-recours, le phénomène a initialement retenu l'attention par la possibilité qu'il offre de donner une image de l'atteinte des populations par les droits sociaux ciblés. Ainsi, dans les années 1960 en Grande-Bretagne, la question du *non-take up of social benefits* apparaît en lien avec l'utilisation de la technique du ciblage en matière de protection sociale (Warin, 2007). A travers cette technique, les pouvoirs publics concentrent les prestations sociales sur

certaines populations, en particulier les plus démunies. Le ciblage se fait, en premier lieu, à partir de critères de ressources. Dans une logique Beveridgienne, il s'agit d'assurer un filet minimal de protection à ceux qui en ont le plus besoin et de lutter ainsi contre la pauvreté tout en contraignant les dépenses sociales (Palier, 2002).

La question du non-recours prend place dans les débats relatifs aux choix en matière de protection sociale et aux conséquences de ces choix pour les populations. Construite à partir du critère de l'éligibilité des bénéficiaires, elle permet, en effet, de mesurer le différentiel entre la population potentiellement éligible aux aides sociales et la population éligible effectivement bénéficiaire (Math, 2003b). Le calcul de taux de non-recours engage une évaluation de l'effectivité des politiques ou des programmes en apportant une réponse à la question : quelle est la part de la population visée qui n'est pas atteinte par la politique, le programme ou l'action ? (Warin, 2014, à paraître). En matière d'évaluation des politiques publiques, l'effectivité est entendue comme le degré d'adéquation entre les impacts prévus lors de l'élaboration d'une politique publique et les impacts réels sur les bénéficiaires (Lascoumes, 2010). Son évaluation procède donc d'une comparaison « devrait être/ est », afin de mettre en résonance impacts escomptés et impacts réels (Monnier, 1992).

Au-delà d'une mesure de l'effectivité, l'attention portée au non-recours par les acteurs publics tient aussi au fait que l'existence de ces situations interroge la capacité des dispositifs à lutter efficacement contre la pauvreté, et plus généralement à remplir leurs objectifs (Atkinson, 1984) ; le non-recours aux droits ciblés, notamment s'agissant des prestations financières, accentuant ainsi potentiellement des situations de vie déjà précaires et renforçant possiblement, par la même, les inégalités entre catégories sociales. Selon Anthony Barnes Atkinson, l'objectif d'atteindre les populations ciblées et de leur apporter un soutien financier n'est donc pas rempli lorsqu'il y a du non-recours. Jennifer L. Warlick souligne, quant à elle, que des dispositifs dont l'effectivité est limitée ne peuvent pas être efficaces (Warlick, 1981). De manière liée à cette question de l'efficacité des prestations qui met en résonance objectifs et résultats (Monnier, 1992), c'est bien aussi un enjeu d'efficience des dispositifs qui se révèle pour les pouvoirs publics. Le non-recours s'intègre alors dans une perspective d'évaluation de la bonne affectation des deniers publics (Warlick, 1981). Le phénomène emporte ainsi pour les acteurs publics un jugement sur l'effectivité des droits, mais également sur leur efficacité et leur efficience, en mettant en rapport les objectifs des politiques publiques et les moyens qui y sont consacrés, avec leurs résultats.

En Grande Bretagne, dans les années 1980, l'évaluation du non-recours et l'estimation de taux ont même pu conduire à remettre en cause purement et simplement la pertinence de certaines offres publiques. Le critère de la pertinence traduisant le rapport entre les moyens - entendus au sens de solutions - mis en œuvre par les pouvoirs publics et les besoins des populations (Monnier, 1992). Il faut dire que le non-recours est, à l'époque, approché sous un angle d'analyse particulier. Considéré exclusivement sur le plan de l'utilisateur (Kerr, 1982), il renvoie, en outre, en s'appuyant sur la théorie microéconomique du comportement du consommateur, à une non utilisation volontaire de ressources publiques par des usagers informés, rationnels et calculateurs (Moffit, 1983). Le prisme d'analyse initial est donc étroit et postule *a priori* que les individus agissent dans le cadre d'une rationalité économique et que, cherchant le maximum de satisfaction, ils exploitent toujours une opportunité d'améliorer leur situation. Les travaux anglo-saxons s'intéressent, dans ce cadre, aux calculs de type coûts/ avantages que les individus effectueraient pour déterminer s'ils ont intérêt - ou non - à utiliser une prestation. Les coûts mis en exergue par les premiers travaux sur le non-recours sont essentiellement temporels -par exemple, le temps passé à rechercher de l'information- et psychologiques.

S'agissant de ce dernier point, les travaux effectués aux Etats Unis sur le non-recours ont montré que les individus peuvent être sensibles aux effets de stigmatisation, liés à la demande de prestations ciblées sous conditions de ressources et destinées aux plus démunis. Alors que les représentations sociales de la pauvreté renvoient celle-ci à la responsabilité d'individus pensés comme passifs et négligents, les demandeurs potentiels ne veulent pas être identifiés comme pauvres (Handler et al., 1969). Dans ce cadre, le *stigma* renforce une forme de désutilité par rapport aux aides sociales (Moffit, 1983). Il ne s'agit pas d'en dire plus sur ce point, nous aurons l'occasion d'y revenir. Notre objectif est de souligner que perçue sous l'angle de la désutilité individuelle, l'existence de situations de non-recours a, parfois, servi d'argument aux acteurs publics pour supprimer des aides ou des services, au prétexte que ceux-ci n'étaient pas jugés comme utiles par leurs bénéficiaires potentiels. On comprend que si le non-recours s'inscrit dans un débat politique relatif à la protection sociale, il devient parfois un argument, mobilisé par les acteurs publics, pour légitimer l'existence de certaines aides ou, à l'inverse, pour justifier leur suppression et faire, par la même, des coupes dans les budgets consacrés aux dépenses sociales.

Aux Pays-Bas, pays de tradition sociale-démocrate s'agissant de son système de protection sociale, valorisant l'universalisme et l'égalitarisme (Esping Andersen, 1999), la perception du non-recours apparaît quelque peu différente : si ses enjeux évaluatifs intéressent, dans un contexte de transformation de l'Etat providence, il s'agit bien aussi, en apportant des explications au non-recours, de s'interroger sur les modalités d'accès aux droits sociaux ciblés et de réfléchir aux potentiels moyens d'améliorer cet accès. Les travaux de Wim Van Oorschot, chercheur néerlandais qui a produit de nombreuses analyses sur le non-recours aux droits, traduisent cette approche du phénomène. Wim Van Oorschot suggère, en premier lieu, que le non-recours indique une inéquité de traitement par les acteurs publics de personnes se trouvant, pourtant, dans une même situation (Van Oorschot, 1991 ; 1996). Dans ce cadre, il tend à signaler « *une responsabilité partagée* » du phénomène, pour reprendre le titre de l'un de ses articles et à soulever « *le rôle des décideurs politiques, des agents et responsables administratifs chargés de verser les prestations* » (Van Oorschot, 1996). Il met, par la même, en exergue les limites d'une approche du non-recours essentiellement comportementale et déploie le système d'analyse pour intégrer des variables institutionnelles relatives au contenu des droits et à leur mise en œuvre par les administrations. Selon le chercheur néerlandais, une explication complète du non-recours a ainsi vocation à tenir compte de facteurs opérant à trois niveaux et fonctionnant dans un modèle interactif du processus administratif de demande d'un droit (schéma) :

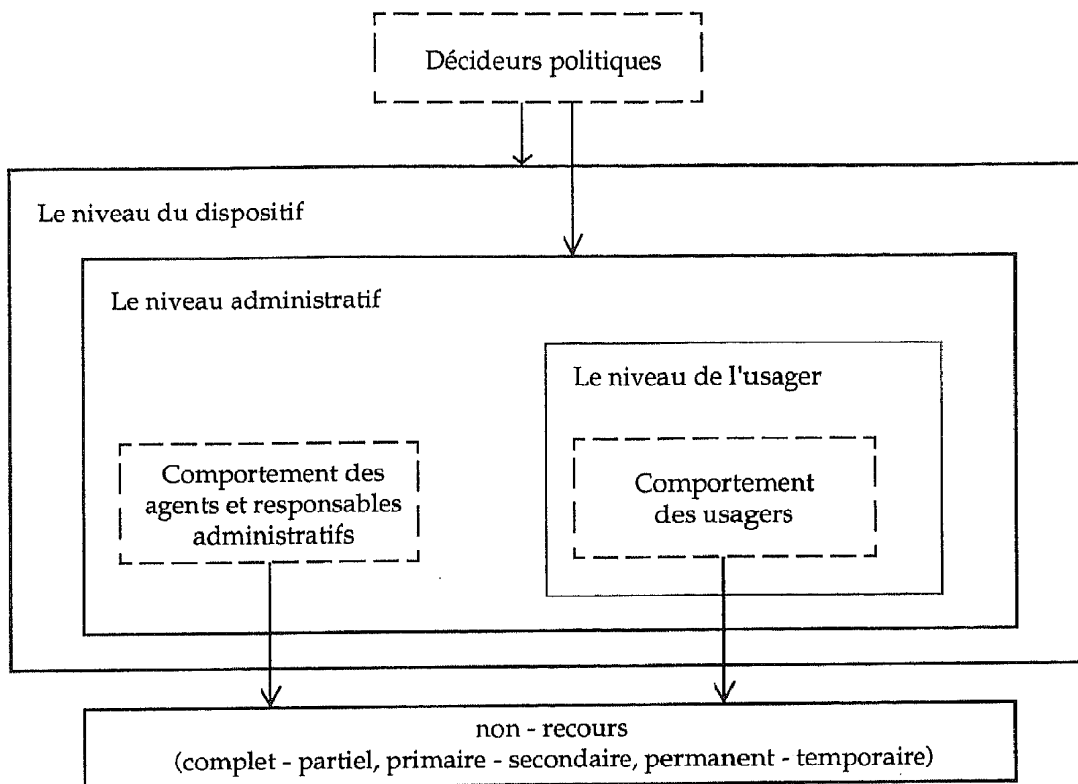
- ✓ L'utilisateur,
- ✓ L'organisme (et les agents) chargé(s) d'administrer les dispositifs,
- ✓ Le dispositif lui-même.

Les variables individuelles sont replacées dans un système d'analyse plus global, intégrant en outre une perspective dynamique. La question de la stigmatisation est, par exemple, mise en lien avec le caractère dissuasif de certains mécanismes d'attribution des droits et à l'évolution de leur nature (Van Oorschot, 1996). Les coûts liés à la recherche d'information sont, quant à eux, renvoyés non pas de manière unilatérale à des comportements individuels pour « collecter l'information », mais également aux actions mises en place par les organismes gestionnaires des droits pour dispenser de l'information auprès de leurs publics. On voit que pour le chercheur, les « *particularités* » des dispositifs, c'est-à-dire « *l'ensemble des règles et des moyens déterminés par le législateur ou le décideur politique* » (Van Oorschot, 1996), tout comme la façon de les administrer, ont une influence sur le non-recours. La combinaison

de ces éléments dans les processus d'accès aux droits induit, selon lui, des types de non-recours spécifiques. Il parle, par exemple, de non-recours primaire, pour caractériser les personnes qui ne demandent pas et ne bénéficient pas de leurs droits, et de non-recours secondaire pour qualifier la situation de personnes qui s'engagent dans des démarches, mais pour lesquelles celles-ci n'aboutissent pas à une ouverture de droits.

Dans cette optique, Wim Van Oorschot étudie également les actions mises en place par certains organismes administratifs aux Pays-Bas, pour tenter d'améliorer les taux de recours primaire et secondaire aux prestations. Il s'intéresse notamment à de massives campagnes d'information ciblées, qui, d'après lui, ont nettement amélioré le recours aux droits concernés, en minimisant les coûts de recherche d'information pour les bénéficiaires potentiels (Van Oorschot, 1996). En ce sens, il revient sur les enjeux du non-recours pour les acteurs publics et indique toutefois, qu'au Pays-Bas, l'objectif n'est pas de supprimer les droits, si les taux de non-recours sont par exemple élevés, mais bien de travailler sur leurs modalités d'accès, à tous les niveaux, afin de renforcer leur effectivité et leur efficacité (Hamel, 2009).

Schéma 1 - L'explication du non-recours à plusieurs niveaux : un modèle interactif



Source : schéma extrait de l'article de W. Van Oorschot, « Les causes du non-recours. Des responsabilités largement partagées », in *Recherches et prévisions*, n° 43, 1996, pp. 33-39.

En France, c'est la branche Famille de la Sécurité sociale qui s'intéresse, en premier lieu, au non-recours et qui contribue d'ailleurs largement à l'importer de l'étranger. Il est intéressant de souligner qu'elle s'est saisie du phénomène dans une période particulière de son histoire : lorsque, dans les années 1970-1980, la gestion de plusieurs prestations ciblées lui est confiée¹, dans un contexte d'apparition de nouvelles formes de pauvreté (Palier, 2002). Très vite, les Caisses d'allocations familiales (CAF) observent des difficultés dans l'accès à ces prestations, percevant, par la même, en creux le fait que leur public n'est ni contraint à demander ses droits, ni captif (Warin, 2007). La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), par l'intermédiaire de son Bureau de la recherche et de la prospective, au sein duquel travaille l'économiste Antoine Math, s'intéresse alors aux travaux étrangers sur le non-recours, en particulier ceux de Wim Van Oorschot. Celui-ci vient, à cette période, en France pour travailler sur le non-recours avec Antoine Math. La CNAF lance ses propres études sur le phénomène, nous aurons l'occasion d'y revenir.

Le caractère mesurable du non-recours retient l'attention de la branche Famille, afin de vérifier l'effectivité des droits ciblés qu'elle gère. Antoine Math réfléchit d'ailleurs aux méthodes de calcul du phénomène et aux possibilités concrètes de cette mesure, notamment à partir des fichiers administratifs des organismes sociaux, le non-recours n'étant pas immédiatement visible (Math, 1996). Les explications apportées au non-recours intéressent parallèlement la CNAF, en particulier celles relatives aux difficultés administratives rencontrées par les bénéficiaires potentiels. Alors que la nécessité de moderniser l'administration et les services publics et de repenser, en particulier, la place de l'utilisateur est dans tous les esprits, le non-recours donne une possibilité à la branche Famille de rendre plus intelligibles les problématiques d'accès aux droits, perçues par les CAF sur le terrain. Il lui permet de les traduire en des termes mesurables, identifiables et, par conséquent, potentiellement « traitables ». Une typologie du non-recours (tableau ci-dessous), inspirée des travaux de Wim Van Oorschot, est d'ailleurs proposée par la CNAF en 1996, dans un numéro de sa revue *Recherches et Prévisions*, consacré intégralement au non-recours aux droits.

Dans un article de ce même numéro, Antoine Math explique que pour les acteurs de la branche Famille, « *un dispositif de Sécurité sociale est inefficace lorsque les intentions*

¹ Nous reviendrons un peu plus loin dans ce travail sur le rôle premier de la branche Famille lorsque nous présenterons le système de Sécurité sociale français, qui est mis en place en 1945.

originelles des décideurs politiques vis-à-vis du dispositif n'ont pas été totalement atteintes dans la pratique, ce que traduit l'existence du non-recours » (Math, 1996). Antoine Math indique, que dans ce contexte, l'objectif de la CNAF est de limiter ces situations, en travaillant sur l'organisation du travail dans les CAF et sur les procédures de gestion de droits.

Typologie descriptive du non-recours aux prestations sociales de la CNAF	
Non-recours primaire	Une personne éligible ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée
Non-recours secondaire	Une personne éligible demande une prestation mais ne la perçoit pas
Non-recours partiel	Une personne éligible demande une prestation et n'en perçoit qu'une partie
Non-recours complet	Une personne éligible demande une prestation et ne reçoit rien
Non-recours cumulatif	Une personne éligible à diverses prestations n'en perçoit pas plusieurs
Non-recours temporaire	Apparaît entre le moment où une personne devient éligible et le moment où elle demande la prestation
Non-recours permanent	Apparaît quand une personne ne demande pas une prestation entre le moment où elle devient éligible et le moment où elle ne l'est plus.
Non-recours frictionnel	Dû au non versement complet de prestations alors que des droits sont ouverts
Quasi non-recours	Une personne répond à toutes les conditions sauf à celle(s) liée(s) au comportement et qui, si elle avait eu une connaissance de la prestation et des conditions d'accès, aurait eu le comportement souhaité pour être éligible.

Sources : *Recherches et Prévisions*, n°43, 1996.

En France, comme dans d'autres pays, le non-recours retient ainsi l'attention par son caractère évaluatif. C'est, par la même, son caractère opératoire qui explique son appropriation par la branche Famille de la Sécurité sociale. L'attention portée au phénomène est surplombée par les transformations du système de protection sociale, construit autour de la logique de l'assurance et confronté à des difficultés structurelles, à des déficits massifs et à l'exclusion de certaines populations. La création de nouvelles prestations, ciblées sur certaines catégories de populations, entraînent des interrogations spécifiques, notamment celle du non-recours. L'attention pour le phénomène s'encastre aussi dans les réflexions relatives à la modernisation administrative, qui se déploient en France dans les années 1980-1990. En 2000, la Direction générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP)

commande d'ailleurs une recherche exploratoire, portant non pas uniquement sur le non-recours aux droits sociaux, mais plus généralement sur le non-recours aux services de l'Etat². Divers domaines sont étudiés : enseignement public, santé, urgence sociale, police et justice (Delpeuch, Dumoulin, Dutercq, Griette, Normand et Warin, 2002). Comme le souligne, en 2003, Odile Griette qui a participé à cette recherche, l'intérêt porté, en France, au non-recours aux droits et aux services par les acteurs publics tient aussi au fait qu'il amène à poser le regard sur la qualité du service rendu aux usagers et des processus administratifs d'accès aux droits. Avec ce travail, le constat est toutefois fait d'un manque prégnant de connaissances sur le phénomène, en dehors des travaux portant sur les prestations des CAF. Alors que la question du non-recours commence à faire sens pour certains acteurs administratifs et associatifs, la mesure du phénomène est quasiment inexistante et il n'existe que peu de données qualitatives.

Ainsi, en 2003, Philippe Warin, le chercheur qui a coordonné la recherche pour la DGAFP, crée, avec Catherine Chauveaud, sociologue, un outil d'observation du phénomène : l'Observatoire du non-recours aux droits et services (ODENORE). Cet observatoire s'intègre plus globalement dans un programme de recherche sur les non usagers des services publics, développé par le Centre d'études et de recherche sur l'administration et le territoire (CERAT), à l'Institut d'études politiques (IEP) de Grenoble. L'ODENORE a vocation à développer des méthodes pour observer le non-recours et à élaborer une connaissance scientifique sur le sujet. A la même période, Philippe Warin coordonne aussi le Réseau thématique européen « *Exit from, and non-take up, of public services* » (EXNOTA) mis en place, avec le soutien de la Commission européenne. Antoine Math et d'autres chercheurs français ainsi que de cinq autres pays européens y participent.

L'ODENORE s'inscrit d'emblée dans une démarche partenariale. Il s'associe initialement avec la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et les Caisses de Sécurité sociale du département où il est situé, avec le Conseil général et la préfecture de l'Isère, la Ville de Grenoble et les administrations déconcentrées de l'Etat. Au fil des années, les partenariats s'élargissent. Nous aurons l'occasion d'en reparler. Ces collaborations sont, dans tous les cas, centrales pour l'Observatoire, afin de disposer de ressources informationnelles pour produire des données quantitatives et qualitatives, partageables, sur le non-recours. Les travaux

² Cette recherche a été réalisée par une équipe du Centre d'études et de recherche sur l'Administration et le Territoire (CERAT), UMR grenobloise du CNRS, aujourd'hui dénommée PACTE.

effectués concernent différents domaines et portent sur les prestations sociales financières, mais aussi sur des droits non directement financiers et diverses « offres publiques » : services d'accompagnement (en matière d'insertion ou de logement), droits connexes aux prestations financières (carte transport, tarification spéciale en matière d'énergie, complémentaire santé), services de santé, programmes de dépistages en matière de soins, services proposés par des missions locales...³

Au fur et à mesure de la réalisation d'enquêtes qualitatives auprès de personnes en non-recours, dans ces différents domaines, une typologie du phénomène est élaborée par l'ODENORE. Elle vient compléter celle de la CNAF, au sens où elle a une vocation davantage explicative (encadré). Trois types principaux de non-recours sont distingués :

- La *non connaissance*, lorsque l'offre publique n'est pas (ou mal) connue.
- La *non demande*, quand elle est connue mais pas demandée.
- La *non réception*, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue.

Typologie explicative de l'ODENORE	
Non-recours par non connaissance	Une personne ne demande pas une offre publique, parce qu'elle ne la connaît pas : > manque d'information total ou partiel sur son existence ou son mode d'accès > non proposition du prestataire
Non-recours par non réception	Une personne éligible demande, mais ne reçoit rien ou qu'une partie de l'offre, car : > abandon de la demande « en cours de route » > incompréhensions multiples lors des démarches > arrangement avec le prestataire > dysfonctionnement du service prestataire > discrimination, stigmatisation au guichet > oubli de renouvellement
Non-recours par non demande	Une personne éligible et informée ne demande pas une offre publique car : > non adhésion aux principes de l'offre > non adhésion aux normes véhiculées par l'offre > manque d'intérêt pour l'offre > solutions alternatives à l'offre > dénigrement de ses chances ou de ses capacités d'accès > perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits

Source : Working-paper n°1, ODENORE, P. Warin, 2010.

³ <http://odenore.msh-alpes.fr>

Ces types de non-recours traduisent les différents enjeux associés au non-recours par les acteurs publics. La non connaissance et la non réception en indiquant des problèmes informationnels, des incompréhensions, des difficultés dans les relations au guichet ou des dysfonctionnements, viennent interroger les obstacles qui parsèment l'accès effectif aux droits et par la même l'effectivité, l'efficacité et l'efficience de ceux-ci. Diane Roman, juriste française, explique que « *le non-recours permet de se pencher sur la question de l'accès effectif aux services publics ou aux droits. Un dispositif existe, mais son application demeure peu effective* » (Roman, 2012). Elle souligne, en effet, que « *la théorie juridique distingue la question de la validité de la norme et celle de son effectivité. Lorsque l'on s'attache à regarder le droit tel qu'il est réellement, le non-recours traduit une ineffectivité de certaines règles. En considérant qu'une règle méconnue ou non appliquée est une règle dont l'esprit est violé quelles que soient les raisons de cette méconnaissance ou de cette inapplication* » (Roman, 2012).

A côté des interrogations relatives à l'effectivité, une autre dimension du non-recours semble s'exprimer à travers la non demande, venant par la même pointer des enjeux différents pour l'action publique : les personnes évoquent des conflits de normes, de représentations et de pratiques par rapport aux droits proposés, à leur contenu et aux injonctions -notamment comportementales- liées à l'obtention de certains droits (Warin, 2010 ; Maurel, 2012). Elles indiquent aussi l'inadaptation de certains dispositifs à leurs situations de vie et leurs (in)capacités à répondre aux diverses attentes de l'Etat social actif (Helfter, 2013). Ici ce ne sont plus uniquement l'effectivité de l'offre publique et son accessibilité qui sont en jeu, mais sa pertinence au regard des besoins sociaux et son acceptabilité par les bénéficiaires potentiels. Ces explications peuvent être lues, selon Elisabeth Maurel spécialiste française des politiques d'insertion et du Revenu de solidarités actives (RSA), « *comme une expression critique de l'offre et en creux une autre formulation de la demande sociale* » (Maurel, 2012). Ce sont les principes à partir desquels les droits sont construits, les normes comportementales qu'ils véhiculent et, en toile de fond, les choix politiques en matière de protection sociale qui paraissent, à nouveau, être au cœur du questionnement. Dans tous les cas, on perçoit toujours à travers le non-recours différents enjeux évaluatifs et opératoires qui lui sont, depuis le départ, associés par les acteurs publics, et ce dans différents pays. Enjeux renvoyant aux choix faits en matière de protection sociale, aux directions prises pour réformer les Etats-Providence confrontés à des mises en cause de leur efficacité et de leur efficience (Euzéby et Reysz,

2011), mais également aux réformes organisationnelles des acteurs administratifs qui déploient les protections.

De manière générale en France, l'attention portée au non-recours aux droits par différents acteurs publics s'est affirmée au début des années 2000, dans un contexte accru de restriction des dépenses publiques (Borgetto, 2003). Lors d'un colloque conjointement organisé par des universités, des laboratoires de recherche et des acteurs publics⁴, en 2012, intitulé « Le non-recours, entre accès aux droits et restrictions des droits », les organisateurs présentent ainsi les choses : *« l'écart entre la volonté d'accès de tous aux droits sociaux fondamentaux et l'effectivité de cet accès a sans doute toujours plus ou moins existé. Ce qui a changé, c'est l'ampleur prise en France par le phénomène et le fait que des acteurs divers (caisses de Sécurité sociale, collectivités territoriales, associations, professionnels de santé...) cherchent désormais à en tenir compte et à mettre en place des actions pour le limiter et/ ou le prévenir »*⁵. Les organisateurs évoquent ainsi l'attention portée au non-recours par les organismes de Sécurité sociale, utilisant donc le pluriel. Nous avons esquissé le cas de la branche Famille, sur lequel nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir tout au long de cette recherche, mais qu'en est-il, en effet, des autres branches de l'institution ? Se sont-elles saisies de la question du non-recours ? Le cas échéant, dans quelles conditions et pour quelles raisons ? Les logiques sont-elles les mêmes dans l'ensemble de l'institution ou observe-t-on des explications spécifiques en fonction des risques pris en charge par les branches ?

Dans cette thèse, nous souhaitons analyser l'émergence, en France, de la question du non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'Aide complémentaire santé (ACS). Nous voulons comprendre le dévoilement progressif et l'introduction au cœur de la branche Maladie de la Sécurité sociale, de ce phénomène initialement masqué par ses fonctionnements bureaucratiques et productifs traditionnels. Pourquoi la question du non-recours à la complémentaire est-elle initialement posée ? Par quels acteurs ? Comment cette question est-elle rendue visible et dans quel contexte politique devient-elle problématique ? Comment les acteurs locaux et nationaux de l'Assurance maladie se positionnent-ils par rapport au phénomène ? A quel moment et pour quelles raisons, la

⁴ Université Panthéon-Assas Paris II, Université du Havre, Centre d'études et de recherches de sciences administratives et politiques (CERSA) et la revue de *Droit sanitaire et social* (RDSS), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES).

⁵ Extrait du programme http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_colloque_12_03_12x.pdf

CNAMTS commence-t-elle à construire les premières réponses au non-recours et à encadrer l'action, en la matière, des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), chargées de la mise en œuvre des prestations de la CMU-C et de l'ACS ? Quels changements cela induit-il pour les CPAM ? En choisissant d'analyser l'émergence de la question du non-recours, c'est plus précisément son institutionnalisation que nous voulons interroger, afin de déterminer si le non-recours est devenu, en 2010, une nouvelle catégorie d'action pour l'Assurance maladie.

Nous avons décidé de suivre l'institutionnalisation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS à partir de la mise en application de la première de ces deux lois, au début des années 2000 et jusqu'en 2010, moment où la limitation du non-recours est introduite dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche Maladie. Pour autant, en analysant cette émergence, nous réintégrerons en permanence des éléments d'explication relatifs aux évolutions du système de protection sociale, en général, et de l'Assurance maladie, en particulier. Il est d'ailleurs important, dès cette introduction, de comprendre comment la France a organisé le droit à la protection de la santé, à travers la mise en place d'un système d'Assurance maladie en 1945, inséré dans l'institution plus large de la Sécurité sociale. Bien entendu, nous aurions pu remonter plus loin dans le temps, les mécanismes de protection de la santé n'émergeant pas *ex nihilo* en 1945. Cependant, il nous semble que c'est à ce moment là que l'Etat providence s'affirme, en France, comme le garant de « l'ordre social », à travers des mécanismes de protection de plusieurs risques sociaux, notamment la maladie (Palier, 2002). Comprendre les fondements originels du système nous permettra aussi de revenir sur les raisons qui ont mené à la création de la CMU-C et de l'ACS, respectivement en 1999, puis en 2004.

Le détour que nous allons faire pour présenter l'Assurance maladie et plus globalement, la Sécurité sociale, ainsi que les raisons qui ont induit la mise en place des dispositifs précités, peut sembler long. Il est toutefois indispensable pour la suite de ce travail, afin de poser des jalons quant aux raisons de l'émergence du non-recours en matière de complémentaire santé, aux éléments qui ont permis ou freiné ce processus. Ce détour est utile, ne serait-ce que pour faire connaissance avec certains des acteurs qui participent à cette émergence.

LA CMU-C ET L'ACS, UNE TRADUCTION DU DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE EN FRANCE

Le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entrée en vigueur le 7 avril 1948, consacre « *le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* ». Ce droit suppose, notamment, de pouvoir accéder, en temps opportun, à des soins et de pouvoir financer les traitements et autres actes médicaux. En ce sens, la Constitution de l'OMS souligne que « *les États doivent créer des conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible, c'est-à-dire garantir la disponibilité des services de santé, veiller à la santé et à la sécurité au travail et assurer l'accès à des logements adéquats et à des denrées alimentaires nutritives* ». La Déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen (DDHC), adoptée par l'Assemblée générale des nations unies le 10 décembre 1948, indique quant à elle dans son article 25, que « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires* ». L'article 22 précise que « *toute personne, en tant que membre de la société a droit à la Sécurité sociale et est fondée à obtenir la satisfaction de ses droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité (...)* ».

Dans la plupart des pays, le droit à la santé s'est traduit concrètement, non pas dans le sens d'un droit à vivre en bonne santé, mais bien d'un droit aux soins et à la protection de la santé (Rode, 2010). Ce qui implique, pour les pouvoirs publics, la nécessité de mettre en place les conditions d'un accès aux soins, à la fois par l'organisation d'un système de santé et des modalités de prise en charge financière des frais liés aux soins. En France, le droit à la protection de la santé est garanti par le préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946, dans son alinéa 11. Cette valeur constitutionnelle entraîne l'obligation pour l'État d'instituer un système de Sécurité sociale. Ainsi l'article 1^{er} de la Constitution stipule-t-il, quant à lui, « *qu'il est institué une organisation de la Sécurité sociale, destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent* ». Le Préambule de la Constitution de 1958, confirme que « *la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la*

santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Assurance maladie et Sécurité sociale en France

Le principe de la protection de la santé pour tous est au fondement du système d'Assurance maladie, mis en place en France après la seconde guerre mondiale. La maladie fait, en effet, partie des risques sociaux pris en charge dans le cadre des ordonnances du 4 octobre 1945, rédigées par Pierre Laroque⁶. Celles-ci unifient les anciens mécanismes de protection sociale, instaurés, en particulier, par certaines corporations professionnelles. Outre une protection contre le risque maladie, la Sécurité sociale apporte également une protection en matière de retraite et tend à soutenir les familles dans les différentes charges qui leur incombent. Concernant la maladie, la Sécurité sociale assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés malades et leur garantit un salaire de remplacement en cas d'arrêt de travail. Elle se structure autour de trois valeurs fondamentales : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

Chacun contribue ainsi à l'Assurance maladie selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins, à travers un mécanisme de solidarité horizontale entre malades et bien portants. Dans cette optique, le droit aux soins se fonde sur une théorie égalitariste démocratique de la justice selon laquelle chacun doit bénéficier des soins dont il a besoin, sans référence à ses moyens et à sa condition socio-économique (Rameix, 1997). Concrètement, à l'origine, la mission principale de l'Assurance maladie consiste à verser à ses ressortissants des prestations en nature, correspondant au remboursement des frais de santé des assurés, et des prestations en espèce pour compenser la perte de revenu pour les personnes devant cesser leur activité professionnelle pour raisons de santé. A côté de cette mission principale, elle mène une action sanitaire et sociale pour favoriser l'accès à la santé des plus démunis et contribue au fonctionnement d'établissements médico-sociaux.

Quelques éléments de rappel concernant la Sécurité sociale sont nécessaires. Ils seront un point d'appui tout au long de ce travail. Cette institution s'inspire des deux grands modèles de

⁶ Nommé Directeur des assurances sociales en 1944, Pierre Laroque est entré au Conseil d'Etat en 1930 et est rapidement devenu spécialiste des assurances sociales. Dès le milieu des années 1930, il rédige de nombreux rapports et articles sur les questions sociales.

protection sociale qui se sont déployés, en Europe, entre la fin du XIXe et le milieu du XXe siècle. En France, la Sécurité sociale peut renvoyer, à certains égards, aux principes de la doctrine prônée par Lord Beveridge⁷, en 1942, en Grande Bretagne. Celle-ci indique qu'un système de protection sociale poursuit trois grands principes : l'unité (un seul système, une seule caisse), l'universalité (une couverture de tous les risques et de l'ensemble de la population) et l'uniformité (une même prestation pour tous)⁸ (Palier, 2002). Les rédacteurs des ordonnances de la Sécurité sociale français font leurs ces trois principes. Pour autant, ils restent, dans les faits, largement lettre morte. Nous le verrons.

En dehors de cette référence théorique à la doctrine Beveridgienne, les solutions institutionnelles retenues viennent de l'Allemagne et du modèle de protection sociale élaboré par le Chancelier Otto Von Bismarck. Construit sur une assise professionnelle, ce modèle privilégie la protection des travailleurs, à celle de l'ensemble des citoyens, et un financement par un mécanisme de cotisations. En cela, le système repose sur la technique de l'assurance sociale, selon lequel les personnes actives, et le patronat, paient des cotisations sociales pour s'assurer contre des risques dans une logique redistributive (Palier, 2002). En France, les bénéficiaires du plan de Sécurité sociale sont bien initialement les travailleurs, salariés du privé, qui cotisent donc et bénéficient en retour des prestations, dans une logique de salaire différé. L'objectif final du plan est néanmoins « *d'atteindre, avec le plein emploi, non pas seulement les travailleurs du privés, mais l'ensemble de la population du pays pour la couvrir contre les facteurs d'insécurité* » (Join-Lambert, 1997).

Ainsi, à côté du régime général pour les salariés du privé, un régime des travailleurs indépendants est instauré en 1948, puis un régime agricole en 1952⁹. D'autres régimes, antérieurs aux ordonnances de Sécurité sociale et concernant principalement les risques maladie et retraite, institués par des corporations ou des groupes socioprofessionnels, par de grandes entreprises publiques aussi, perdurent. Pour conserver des niveaux de prestation ou des règles de cotisation plus favorables, ils préfèrent ne pas être intégrés dans l'institution. Il y aurait beaucoup à dire sur le cas de ces « régimes spéciaux », pour autant ce n'est pas ici le propos. Gardons simplement à l'idée que, dans son ouvrage *Les trois mondes de l'Etat*

⁷ Le modèle de Beveridge tend à apporter une protection sociale de type assistancielle, de moyenne ou de faible envergure aux citoyens, en se référant à l'appartenance à un territoire et en empruntant à la technique du ciblage. Le financement se fait par l'impôt.

⁸ La doctrine de Lord Beveridge a ainsi été qualifiée de « 3 U ».

⁹ De nombreux autres « petits » régimes verrons le jour progressivement : étudiants, écrivains, militaires...

Providence, Gosta Esping Andersen classe le système français de Sécurité sociale dans le modèle « conservateur corporatiste », du fait de la multiplication de régimes catégoriels, gardant ainsi l’empreinte de ses origines (Esping-Andersen, 1999). Gardons aussi à l’idée que, dans ce travail, nous centrerons notre propos sur le régime général de l’Assurance maladie qui couvre, en 2010, plus de 57 millions d’assurés, soit 87% de la population. Le régime général finance ainsi 86% des dépenses de santé en France¹⁰.

L’assise professionnelle du système et l’appel de cotisations amènent une gestion spécifique de la Sécurité sociale, que l’on a coutume d’appeler la « gestion par les intéressés », impliquant les représentants des salariés et du patronat. Ceux-ci administrent les organismes de Sécurité sociale, par leur présence dans les Conseils d’administration. L’Etat joue un rôle de tutelle, à travers le ministère des Affaires sociales - aussi appelé ministère de la Santé en fonction des périodes - et assure le contrôle de gestion des organismes. C’est le ministère des Finances qui s’en charge. A partir de 1958 cependant, la fixation du taux et des modalités de recouvrement des cotisations, tout comme les principales règles de gestion sont fixées par voie réglementaire. Les caisses participent uniquement aux négociations. Nous verrons, au cours de ce travail, dans quelle mesure la gouvernance de la Sécurité sociale a évolué, au fil des difficultés financières et des réformes des mécanismes de financement. La fiscalisation du système a conduit les acteurs étatiques à prendre, de plus en plus, les rennes du système (Hassenteufel, 2008).

Initialement, au niveau organisationnel, la structuration se fait en trois niveaux : localement, les Caisses primaires de Sécurité sociale recouvrent les cotisations et versent les prestations pour tous les risques ; les CAF centrent leur action sur l’action sociale aux familles. Il existe une caisse de Sécurité sociale et une CAF par circonscription territoriale. Au niveau régional, les Caisses régionales de Sécurité sociale sont chargées de la politique sanitaire et sociale pour les risques vieillesse et maladie. Enfin, au niveau national, une caisse s’occupe de la compensation des budgets entre les différents régimes et gère le Fonds national d’action sanitaire et social (FNASS). Comme on le remarque, la référence aux principes de la doctrine de Beveridge est déjà battue en brèche par la multiplicité des caisses de Sécurité sociale. D’autant plus qu’il n’y a jamais eu, en France, une seule cotisation, mais différents types de

¹⁰ Taux issus du document réalisé par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) rassemblant les principales données chiffrées relatives à la Sécurité sociale pour 2010 http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_chiffres_cles.pdf

cotisations en fonction des risques protégés. Les risques pris en charge disposent en outre, dès le départ, d'une forme d'autonomie les uns par rapport aux autres, la Sécurité sociale développant immédiatement une logique forte de sectorisation.

Il apparaît d'ailleurs progressivement indispensable de mettre en œuvre, pour chaque risque, une organisation particulière (Ewald, 1986). La réforme de 1967 institue, ou plutôt confirme, l'autonomie des risques en créant quatre branches de la Sécurité sociale, administrativement et financièrement séparées : Maladie, Famille, Vieillesse et Recouvrement¹¹. Quatre caisses nationales voient ainsi le jour pour le régime général : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la branche Maladie ; la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour la Famille ; la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) pour la Vieillesse et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour le recouvrement. Au niveau local, on trouve, à partir de cette période, les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)¹², les Caisses d'allocations familiales (CAF) et les Unions de recouvrement pour la sécurité Sociale et les allocations Familiales (URSSAF). Le cloisonnement des branches se renforce au fil des années, les intérêts étant différents, les problèmes rencontrés aussi. Chaque branche s'organise selon des logiques propres, construit ses procédures et outils particuliers. Les restructurations et réformes se font, par ailleurs, majoritairement branche par branche, jusqu'à la réforme Juppé de 1995 (Palier, 2002).

Les deux mondes de l'Assurance maladie

Après avoir présenté l'organisation générale de la Sécurité sociale, revenons plus spécifiquement sur la branche Maladie dans laquelle nous allons ancrer notre travail. Plus précisément, rappelons-le, dans le régime général de cette branche. Nous l'appellerons également l'Assurance maladie, l'Assurance maladie de base ou l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Cette branche assure donc la prise en charge des dépenses de santé de manière assurantielle, solidaire et contributive. Les actifs y sont obligatoirement affiliés. Cependant, en France, « *le système de prise en charge de la couverture des dépenses liées aux*

¹¹ La branche recouvrement est chargée de collecter l'ensemble des cotisations et contributions de Sécurité sociale auprès des entreprises, particuliers, etc. Ces fonds sont ensuite redistribués aux Caisses de sécurité sociale pour financer l'ensemble des prestations (maladie, vieillesse, famille).

¹² Ce sont donc les anciennes Caisses primaires de Sécurité sociale, qui se centrent sur les missions liées au risque maladie.

soins de santé fonctionne avec deux niveaux de couverture » (Volovitch, 1999). L'Assurance maladie obligatoire (AMO) assure un premier niveau de couverture et des régimes complémentaires, à adhésion facultative, proposent des couvertures en complément, dans des conditions financières très variées. Ces régimes constituent le champ de l'Assurance maladie complémentaire (AMC), dont les acteurs principaux et historiques sont les mutuelles et les sociétés de prévoyance. Peu à peu, les organismes d'assurance privée sont arrivés sur ce marché. Nous aurons bien entendu l'occasion d'évoquer ce point de manière approfondie.

Dès la mise en place de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), la crainte d'une consommation trop importante de biens et de soins médicaux amène à laisser une partie des frais à la charge des patients. La mise en place d'incitations financières constitue ainsi une anticipation de « l'aléa moral » (Geoffard, 2000), c'est-à-dire du fait que la couverture complète du risque maladie peut inciter les assurés à des dépenses de soins trop élevées. Ainsi et afin de prévenir les comportements « insoucians » ou « irresponsables » (Geoffard, 2000), le reste à charge (RAC) en matière de santé est institué dès le départ : un « ticket modérateur » de 20 % est inscrit dans l'ordonnance du 19 octobre 1945. L'article 18 de l'ordonnance du 4 octobre¹³ prévoit, quant à lui, que « *des institutions de prévoyance ou des mutuelles, établies dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises, peuvent accorder des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la Sécurité sociale et prendre notamment en charge le ticket modérateur* ».

L'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie complémentaire (AMC) financent ainsi les dépenses des patients du système de santé français. Celui-ci se caractérise par une offre de soins en partie privée (soins de ville et cliniques) et en partie publique (hôpitaux, certains centres de santé). La distinction a évolué avec la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, qui crée des missions de service public concernant le domaine hospitalier. Restons toutefois, à ce stade, sur de grandes structurations pour clarifier l'organisation du système de santé. Tout au long de ce travail, nous aurons l'occasion de distiller des précisions, au moment où elles seront le plus opportunes pour faire avancer la réflexion sur notre objet. Les soins privés réfèrent, en particulier, aux soins ambulatoires, aussi appelés soins de ville, qui sont proposés, en France, principalement par des professionnels de santé libéraux, généralistes et spécialistes. Ces professionnels participent du

¹³ Ordonnance n° 45-2250 portant organisation de la Sécurité sociale.

système de soins primaires, qui renvoient, dans une acception opérationnelle, aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins. Depuis sa définition en 1978 lors de la Conférence de l'OMS d'Alma-Ata, le concept de soins primaires est « *porteur d'une ambition de justice sociale, visant à garantir l'accès de tous à des soins de base* » (Bourgueil et al., 2012).

En France, les soins primaires sont peu organisés par l'Etat et relèvent donc principalement d'une activité libérale et d'un paiement à l'acte, dont les principes sont encore marqués par la charte de la médecine libérale de 1927. Quelques structures et services de soins ambulatoires existent, majoritairement organisés sur une base territoriale, comme par exemple des services de soins infirmiers à domicile ou des centres de santé associatifs. Dans la mesure où les professionnels libéraux en constituent tout de même la majeure partie, le système de soins primaires français est qualifié de « *modèle professionnel, non hiérarchisé* », (Bourgueil et al., 2009). Des pays ont pris des voies totalement différentes concernant l'organisation de leur système de soins primaires. On peut penser aux pays nordiques ou à la Grande Bretagne, qui ont instauré un accès entièrement gratuit à ces soins, et ce pour l'ensemble des citoyens. Dans ce cadre, l'offre est organisée par l'Etat et financée par l'impôt (Palier, 2002).

De la généralisation de l'Assurance maladie, aux premières mesures de maîtrise des dépenses de santé

Dans un système comme celui de la France, où l'organisation des soins primaires par l'Etat est peu développée et n'est pas fondée sur un principe de gratuité, la mise en place de dispositifs pour permettre l'accessibilité financière de tous aux soins est centrale (Bourgueil et al., 2012). En ce sens, entre 1945 et 1970, l'heure est à l'universalisation de l'accès à l'Assurance maladie de base. Le principe de l'affiliation pour tous est posé par la loi relative à la généralisation de la Sécurité sociale du 2 janvier 1978, qui crée le régime subsidiaire de l'assurance personnelle. Il a pour but de couvrir la partie de la population dépourvue d'une protection maladie de base. Parallèlement, les pouvoirs publics augmentent le niveau et la générosité des prestations. Les taux de remboursement pour certains soins atteignent 72% (Palier, 2002). Le système fonctionne à « guichet ouvert », sans budget limité, au rythme des remboursements des dépenses engagées par les assurés sociaux et des actes pratiqués par les offreurs de soins. Pensées au prisme d'un référentiel économique keynésien, les dépenses

maladie, comme les dépenses sociales en général, sont pensées comme un support essentiel à la croissance économique et à la stabilité politique et sociale du pays.

Dès les années 1970 cependant, les dépenses de santé augmentent plus vite que le PIB. Alors que les recettes commencent à manquer, le nombre de chômeurs devenant plus important, le déficit s'installe (Tabuteau, 2006). Les ressources de la Sécurité sociale, assise sur la technique de l'assurance, dépendent des cotisations patronales et salariales et, par conséquent, des taux d'activité et du niveau des salaires. Dans ce contexte, l'heure est à l'augmentation des recettes et à la régulation des dépenses. Les plans de redressement gouvernementaux se multiplient : augmentation très faible du prix de la journée à l'hôpital, fixation des prix à des niveaux bas pour les soins de ville... Ces mesures relatives à la régulation de l'offre de soins restent, cependant, sans réels effets, du fait d'une prolongation des séjours hospitaliers, de la multiplication des prescriptions et d'une compensation en volume de soins, que permet le paiement à l'acte, par les professionnels de santé (Palier, 2002).

Les pouvoirs publics s'attachent donc, progressivement, à agir sur la demande de soins, en limitant les remboursements des assurés et en accroissant leur participation financière dans le coût des soins. Au gré des plans de redressement, les restes à la charge (RAC) des patients augmentent. Mais cette voie, sur laquelle nous reviendrons de manière approfondie dans cette recherche, ne marque pas non plus une nette amélioration concernant la régulation des dépenses de santé. Elle prend surtout « *la forme d'un discret report des dépenses de santé sur les ménages et les assurances complémentaires, amenant un système de « vases communicants » entre Assurance maladie obligatoire et Assurance maladie complémentaire* » (Tabuteau, 2010). Les Complémentaires santé remboursent, en effet, les RAC, c'est leur vocation première. Ce qui peut, cependant, aller à l'encontre de la volonté de responsabilisation des patients par la branche Maladie et aboutir, *in fine*, à un simple transfert du coût des soins (Cornilleau et Debrand, 2011). Cette détérioration progressive de la couverture de l'Assurance maladie de base a ainsi conduit au développement des Complémentaires santé, les personnes se mutualisant davantage. Les mesures de régulation par la demande ont, en outre, un effet pervers : elles accroissent les difficultés financières d'accès aux soins pour ceux qui ne peuvent pas financer une complémentaire.

Les inégalités d'accès aux soins, au coeur de la revendication concernant l'effectivité des droits fondamentaux

Au cours des années 1980, il devient flagrant que les possibilités d'accès aux soins sont limitées par une barrière financière. Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dotées de Fonds d'action sanitaire et sociale (FASS), peuvent attribuer des aides de manière individuelle et ponctuelle, sur décision des administrateurs des caisses. Elles ne permettent néanmoins pas de répondre à l'ensemble des problématiques d'accès aux soins. Parallèlement, malgré les efforts de généralisation qui visent à couvrir toutes les populations, les techniques de l'assurance sociale ne permettent pas une protection universelle exhaustive. Certaines personnes ne satisfont pas aux critères d'éligibilité et certaines situations atypiques vis à vis de l'emploi ne sont pas prises en compte, comme le souligne Hélène Strohl, Inspectrice générale des affaires sociales, dans son article « Les exclus et les organismes sociaux » (Strohl, 1988). Or, ces situations se multiplient, alors que l'économie française subit les conséquences des deux chocs pétroliers. En 1983, les lois de décentralisation instaurent l'Aide médicale départementale (AMD) qui garantit, à toute personne résidant en France, le droit, pour elle-même et les personnes à sa charge, à une aide pour les dépenses de soins qu'elle ne peut supporter. L'AMD se décline en deux modalités de prise en charge : d'une part, le paiement des cotisations d'assurance personnelle par l'Etat pour les personnes non affiliées à un régime d'Assurance maladie ; d'autre part, la couverture des dépenses de soins restant à la charge des personnes dont les ressources sont insuffisantes : ticket modérateur, forfait hospitalier et, dans certains cas, des dépenses supplémentaires en matière d'optique ou de soins dentaires (Ruault, 2000).

Les difficultés ne sont d'ailleurs pas propres au risque maladie, mais concernent l'ensemble des risques pris en charge de manière assurantielle. La « nouvelle pauvreté » fait ainsi son apparition en France. Deux ouvrages importants paraissent à cette époque : celui de Lionel Stoléro, *Vaincre la pauvreté dans les pays riches* et *Les exclus*, de Rémi Lenoir. Leurs titres sont évocateurs de la reformulation des problèmes sociaux en termes de pauvreté et d'exclusion (Paugam, 1993). Dans cette optique, des prestations d'un nouvel ordre voient le jour pour apporter une protection aux personnes exclues de la Sécurité sociale. De nature assistancielles, non contributives, elles ne concernent pas l'ensemble de la population, mais sont ciblées sur certains territoires, ou sur des catégories de personnes ayant des besoins particuliers et répondant à des caractéristiques spécifiques.

La technique du ciblage – *targetting* en anglais –, comme il convient de la dénommer, se déploie, en premier lieu, dans la branche Famille de la sécurité sociale, avec la création en 1975 de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et de l'Allocation parent isolé (API), en 1976. En 1988, dans sa « Lettre à tous les français », le Président Mitterrand écrit : « *l'important est qu'un moyen de vivre, ou plutôt de survivre, soit garanti à ceux qui n'ont rien. C'est la condition de leur réinsertion* » (Palier, 2002). Le Revenu minimum d'insertion (RMI) voit le jour dans la foulée, garantissant à ses allocataires un revenu minimum de subsistance, tout en leur faisant signer avec la collectivité un contrat d'insertion. Ces minima sociaux, soumis à conditions de ressources, amènent au guichet des Caisses d'allocations familiales (CAF) un public nouveau, qui rencontre fréquemment des difficultés dans l'accès à ses droits. Les prestations ciblées, assorties de diverses conditions d'ouverture, sont, en effet, plus complexes d'accès que les droits assurantiels. C'est donc à cette période que la CNAF lance des études sur le sujet et s'intéresse, en parallèle, aux travaux effectués, à l'étranger, sur le non-recours aux droits sociaux.

Un mouvement associatif se met également en marche pour rendre visibles les situations d'exclusion et formuler les problèmes aux yeux des pouvoirs publics (Paugam, 1993). Le collectif Alerte est créé en 1985, à l'initiative d'Aide à toute détresse quart monde (ATD quart monde). Il rassemble des associations oeuvrant auprès de populations en situation d'exclusion et interpelle les pouvoirs publics sur les difficultés d'accès à leurs droits de personnes de plus en plus nombreuses (Warin, 2007). Médecins du monde (MDM), qui a mis en place, en 1986, sa Mission France et son premier Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) à Paris participe à cette action. L'association constate, sur le terrain, de multiples difficultés d'accès aux soins, du fait notamment de la multiplicité des acteurs impliqués dans l'Aide médicale départementale (AMD). En 1987, le Père Wresinski, fondateur d'ATD Quart monde, rédige un rapport, intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». Il avance le chiffre de 400 000 personnes sans couverture sociale en France. Voici un extrait de sa conclusion :

« Au cœur du présent rapport, nous avons constaté un lien entre bas revenus, mauvais état de santé et utilisation insuffisante des moyens de soins existants. Ce lien semble imputable à certaines lacunes de la protection sociale, à des conditions de vie défavorables à l'amélioration de la santé, à une mobilisation insuffisante de certains personnels de santé et à des difficultés socio culturelles des populations concernées. L'accès aux soins pour tous est,

avec les ressources économiques et l'habitat, l'un des droits cruciaux pour assurer une sécurité aux personnes et aux familles et pour les éloigner de la précarité ».

La loi du 29 juillet 1992, portant adaptation du RMI, assouplit les conditions d'accès à l'Aide médicale départementale (AMD) et ouvre son accès automatique aux allocataires du RMI. Les demandes peuvent, désormais, être faites auprès des Centres communaux d'action sociale (CCAS). Malgré cela, les difficultés d'accès aux soins subsistent, liées en particulier aux changements socio-économiques dans la vie des individus et à la variabilité des conditions d'accès à l'AMD, dans les départements.

Dès 1993, la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère des Affaires sociales - mise à disposition des ministères du Travail et du Budget - engage un travail de mise à plat de l'ensemble des dimensions du système français de protection maladie, avec pour but d'unifier les régimes de base. L'idée de réforme se précise, en concertation avec les acteurs associatifs - MDM et Médecins sans frontières (MSF) en particulier-, les Organismes complémentaires (OC) et les différents régimes de l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Au delà de la couverture de base, ces acteurs interpellent la DSS sur l'absence d'une couverture maladie complémentaire pour les ménages les plus pauvres. Dans la foulée, le rapport Boulard investigate les différentes pistes de réforme pour universaliser l'accès aux soins, en tentant de concilier les intérêts des différents acteurs publics et privés (Boulard, 1998). En 1998, le rapport du Haut conseil de la santé publique (HCSP), intitulé « Précarité santé », indique qu' :

« En matière de santé, le principe d'égalité ne s'applique pas pour des raisons financières à 12,4 % de la population française, soit plus de sept millions de personnes. Les difficultés concernent les « non assurés complémentaires », plus particulièrement certaines populations et les rend précaires face à la maladie : les jeunes sans emploi qui ne sont plus rattachés à leur famille, les « sans domicile fixe » qu'ils soient seuls ou en famille, les personnes qui sortent du RMI, les étrangers en situation irrégulière, les femmes enceintes, qui n'ont de droits ouverts que dans le cadre d'une prise en charge hospitalière. [Ces difficultés] appellent un niveau élevé de socialisation des dépenses de santé, mais des actions également beaucoup plus larges » (HCSP, 1998a).

En parallèle des réflexions concernant l'accès à la protection maladie, les constats relatifs à la multiplication des difficultés dans d'autres domaines perdurent, en matière de logement et

d'insertion notamment. L'instauration du Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), en 1992, pose un jalon essentiel concernant l'attention portée aux plus démunis et à l'accès à leurs droits sociaux. Le CNLE a, en effet, compétence à évaluer l'impact de toute mesure législative nouvelle, relative à la pauvreté ou à l'exclusion. Par la même, plusieurs rapports associatifs et gouvernementaux se succèdent sur les minima sociaux, le RMI ou plus généralement sur la pauvreté, tel celui de Geneviève De Gaulle Anthonioz en 1995. Ils renforcent la visibilité et la compréhension des problèmes d'accès aux droits. A côté des mouvements associatifs transversaux à l'image du Collectif Alerte, des dynamiques militantes sectorielles se développent également, par exemple pour défendre l'accès et un niveau convenable aux prestations chômage (Warin, 2007). Ces différentes initiatives se rejoignent autour d'un mot d'ordre : la nécessité de garantir l'accès effectif aux droits sociaux des personnes qui y sont éligibles.

Le 29 Juillet 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions est promulguée. Elle prévoit par son article 1^{er} « *de garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, tels que l'emploi, le logement, la protection de la santé et les soins, l'éducation et la culture* ». Elle s'articule autour de trois axes majeurs que sont l'accès aux droits, la prévention des exclusions et le rôle des institutions sociales en la matière. La loi stipule ainsi « *que l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale, ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en oeuvre de ces principes. Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer les exclusions. Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en oeuvre dans les délais les plus rapides* ».

En matière de santé, la loi indique que l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Dans ce cadre, les organismes d'Assurance maladie sont tenus de prendre en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies et de participer aux Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans chaque région. Ces programmes sont établis à partir d'une

analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

La loi votée en 1998 répond ainsi à la revendication, portée tout au long des années 1980 et 1990 par des acteurs associatifs, administratifs et gouvernementaux, relative à la nécessité de garantir l'effectivité des droits sociaux. Droits dits de seconde génération, les droits créances, se distinguent en effet des droits liberté, promus par la Déclaration française de 1789, dans la mesure où ils nécessitent une action positive de l'Etat pour les réaliser (Roman, 2008). Ainsi pour garantir leur effectivité, *« il importe, outre qu'il soit consacré par des textes nationaux et internationaux créant une obligation pour la collectivité, que la législation nationale admette et organise son opposabilité : ce qui suppose (...) que soit désignée, d'une part une autorité responsable de sa mise en œuvre, d'autre part que le citoyen puisse, si nécessaire, revendiquer son droit devant une instance compétente »* (Borgetto, 2008).

Dans la continuité et suite aux réflexions menées conjointement par les acteurs de la protection maladie et les associations, la loi du 27 juillet 1999 afférente à la création et à la mise en oeuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est votée. Le 4 mars 1998 déjà, alors que se déroulaient les débats parlementaires sur la loi relative à la lutte contre les exclusions, Martine Aubry avait annoncé la mise en place de la CMU afin de garantir, en France, l'effectivité de l'accès aux soins pour tous. Mis en application en 2000, ce dispositif est constitué de deux volets. La Couverture maladie universelle de base (CMU B) permet l'accès à l'Assurance maladie obligatoire (AMO), pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois. Lorsque celles-ci disposent d'un certain niveau de revenus, une cotisation à la CMU B est demandée. Ce volet du droit est donc en partie contributif.

L'innovation de la CMU relève surtout de son volet complémentaire. La CMU-C ouvre droit, sous conditions de ressources et sur critère de résidence, à une protection complémentaire santé gratuite. Elle garantit, ainsi, à ses bénéficiaires la possibilité d'accéder à l'offre de soins, sans dépense à charge, et sans avance de frais. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus, dans le cadre du panier de soins CMU-C, par l'Assurance maladie. Le dispositif est accordé, pour un an, de manière automatique s'agissant des

allocataires du RMI¹⁴. La question de l'instruction et de la gestion des dossiers CMU-C a été âprement débattue : elle est finalement confiée aux CPAM, afin d'unifier et d'homogénéiser la prise en charge des populations sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de palier aux critiques opposées à l'Aide médicale départementale, relatives aux niveaux inégalitaires de la protection proposée par les départements (Ruault, 2000). Les bénéficiaires de la prestation disposent toutefois d'un droit d'option : ils peuvent choisir de faire gérer leur CMU-C non pas par leur CPAM, mais par un Organisme complémentaire (OC), inscrit sur une liste préfectorale. Par ce mécanisme, il s'agit de ne pas exclure les Complémentaires santé de la gestion de la CMU-C, notamment parce que, comme nous le verrons, elles en assurent partiellement -puis totalement- le financement.

C'est ainsi par l'intermédiaire de la technique du ciblage que l'accès à la protection maladie est universalisé en France. En ce sens, la CMU-C emporte avec elle les problématiques principales que rencontrent toutes les prestations ciblées sous conditions de ressources : un possible non-recours et un effet de seuil radical (Volovitch, 2003). Les personnes qui dépassent de quelques euros son plafond en sont, en effet, exclues. Pour tenter d'atténuer ce problème, une aide à la mutualisation est créée, en 2004. L'Aide complémentaire santé (ACS), initialement dénommée crédit d'impôt, consiste comme son nom l'indique en une aide financière pour financer une complémentaire santé individuelle. Les bénéficiaires de contrats collectifs d'entreprise ne peuvent pas en bénéficier. Ce droit s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré, initialement, de 20%. Cette majoration est aujourd'hui de 35%. Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer bénéficiaire. La demande se fait auprès des CPAM et, en cas d'accord, une attestation de droit est remise au bénéficiaire. Sur présentation de cette attestation à un Organisme complémentaire (OC) de son choix, le bénéficiaire obtient une réduction sur son contrat individuel. La réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Après avoir présenté les enjeux du non-recours pour l'action publique et les raisons de la création de la CMU-C et de l'ACS, venons-en à la construction de notre objet de recherche.

¹⁴ Suite à la suppression du RMI et à son remplacement par le Revenu de solidarité active (RSA), en 2009, les personnes percevant le montant forfaitaire du Revenu de solidarité active (RSA socle), déterminé en fonction de la composition du foyer, ont droit, sans nouvelle étude de leur dossier, à la CMU-C. Il existe, en effet, pour ces allocataires une présomption d'éligibilité.

LE CHOIX D'UN OBJET : CONSTATS ET PARADOXES

Ce travail prend sa source en 2006, à l'occasion d'un stage que nous effectuons à l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), pour valider notre Master 2 d'Evaluation des politiques publiques, effectué à l'IEP de Lyon. Dans le cadre de ce stage, nous réalisons avec l'ODENORE une étude pour le Fonds CMU, sur le non-recours à la CMU-C des allocataires du RMI. Il s'agit de faire un état des lieux du phénomène. Etat des lieux quantitatif, en mobilisant les bases de données d'une Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), celle de Grenoble, et qualitatif, en interrogeant des personnes en non-recours pour comprendre les raisons de leur situation. Les résultats de ce travail ont vocation à être intégrés dans la troisième évaluation de la loi CMU, que le Fonds doit rendre à la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, début 2007. Dans cette perspective, il finance également deux autres études sur le non-recours, abordant le phénomène à partir d'autres terrains. Le Fonds cherche ainsi à lever le voile sur cet angle mort de la loi CMU, qui n'a fait l'objet d'aucuns travaux spécifiques, dans les premières années d'application de la CMU-C.

Pour mener à bien cet état des lieux du non-recours, nous sommes localisée dans les locaux de l'un des centres de paiement de la CPAM de Grenoble, qui héberge le service chargé de la gestion des droits en matière de CMU. Un comité de pilotage est mis en place pour suivre le déroulement de l'étude. Il est composé de la CNAMTS, du Fonds CMU, du Conseil général de l'Isère, de la CAF de Grenoble, de la CPAM et de l'ODENORE. Il ne s'agit pas de revenir ici sur les résultats de ce travail, nous aurons l'occasion de le faire plus loin. Nous souhaitons, en revanche, indiquer dans quelle mesure cette situation d'étude, au cœur d'une CPAM, et les échanges avec des acteurs concernés par le dispositif de la CMU nous amènent à faire plusieurs constats et à lever des paradoxes, qui constituent le premier terreau de notre thèse. Des constats et des paradoxes qui nous font choisir le non-recours à la complémentaire gratuite et aidée comme objet de recherche.

En premier lieu, nous notons assez rapidement que le non-recours ne fait pas partie des préoccupations prioritaires de la direction de la CPAM, qui nous indique ne pas être convaincue du fait que des personnes ne demandent pas leurs droits et s'inquiéter davantage de la sur utilisation de la CMU. En cela, elle rejoint les propos des acteurs de la CNAMTS, présents dans le Comité de pilotage de l'étude, qui nous expliquent, qu'à part pour quelques

acteurs marginalisés au sein de l'institution, le non-recours ne fait pas partie des priorités d'action de la branche Maladie. Les acteurs de la CNAMTS justifient cette absence d'attention par le manque de connaissances sur le non-recours à la CMU-C et par la complexité d'en produire. Par ailleurs, nous constatons que les fonctionnements du service CMU de la CPAM et, plus globalement sa logique d'action institutionnelle, occultent la question du non-recours aux droits. Le service est organisé en deux parties distinctes : le *front office*, l'accueil qui reçoit les dossiers, et le *back office* qui en assure la liquidation. Pour le service, l'objectif principal consiste à réceptionner les dossiers et à en liquider le plus grand nombre par jour, afin d'éviter l'accumulation des instances et de respecter l'indicateur de délai de traitement, contenu dans la COG de l'Assurance maladie. En ce sens, le service CMU est organisé selon un principe typique des administrations bureaucratiques, séparant clairement les fonctions d'accueil et de traitement des dossiers. Traitement qui s'organise autour d'une logique productive visant l'efficacité et la rapidité, comme l'a indiqué Antoinette Catrice-lorey, sociologue spécialiste de la Sécurité sociale, qui a été la première à approcher les CPAM et les CAF par leurs publics, mais également par l'angle du non-recours (Catrice-Lorey et Reynaud, 1959 présenté par Roquigny, 1960 ; Catrice-Lorey, 1963, 1973, 1976, 1982)¹⁵. Le service CMU a, en outre, peu de contacts avec le service social de la CPAM, excepté au cas par cas, s'agissant de dossiers très complexes. De manière générale, la responsable du service CMU gère, elle même, les difficultés qui se présentent pour certaines personnes, dans l'ouverture des droits.

La gestion des droits à la complémentaire s'organise selon les mêmes logiques que la gestion des remboursements de soins, mission originelle des CPAM. Elle se fait de manière uniforme, dans une finalité principalement productive, instaurant, en outre, une séparation claire entre producteur et destinataires des droits. Les administrés entrent en contact avec les CPAM à partir de modalités strictement réglementées et les échanges plus informels, relatifs

¹⁵ En 1959, Antoinette Catrice-Lorey effectue une première recherche pour comprendre les attitudes des assurés à l'égard de la Sécurité sociale. Elle s'intitule « Les assurés et la Sécurité sociale, étude sur les assurés du régime général ». Elle permet à l'époque de disposer, à côté des travaux juridiques et économiques, d'une information documentée sur les réactions et opinions des assurés, domaine alors extrêmement peu exploré. Cette recherche qu'elle réalise avec Jean-Daniel Reynaud, pour l'Institut des Sciences sociales du Travail, se base sur un échantillon de 4000 personnes, représentatives des assurés du régime général, de 20 à 60 ans, et résidant dans les villes de 30 000 habitants et plus. Ces personnes ont, à l'époque, été interviewées à domicile. L'objectif des auteurs est alors de faire un tour d'horizon des principales questions que pose aux assurés le fonctionnement des institutions de Sécurité sociale. La recherche aborde l'attachement des assurés à la Sécurité sociale, les relations publiques des caisses, les consultations médicales, les rapports avec les organismes et le sentiment de sécurité apporté par l'institution. Nous avons extrait ces informations du commentaire de J. Roquigny, paru dans la *Revue française de sociologie* en 1960, et relatif à la recherche d'Antoinette Catrice-Lorey et de Jean Daniel Reynaud.

notamment à la situation singulière des assurés, n'ont que peu de place dans le rapport qui se déploie avec les Caisses primaires. L'objectif principal est de faire fonctionner le *front office*, comme le *back office*, à un rythme suffisamment rapide pour éviter l'engorgement des caisses, limiter l'attente excessive des assurés et permettre une liquidation rapide des remboursements ou des droits (Weller, 2010). C'est au prisme de ces éléments que la qualité du service rendu par l'organisme, à ses usagers, est évaluée dans le cadre du Contrat pluriannuel de gestion (CPG), signée par la CPAM avec la CNAMTS. Le CPG décline, en cela, les objectifs de la COG signée par la Caisse nationale avec la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé.

La CPAM se structure, parallèlement, autour d'une posture « d'attente » de l'assuré et de réponse exclusive à sa demande, à l'accueil, mais aussi par téléphone, à travers une plateforme téléphonique Médialog, qui participe à maintenir une distance entre les CPAM et leurs ressortissants potentiels. Cette distance constitue l'un des fondements des fonctionnements des administrations bureaucratiques (Chevallier, 1986). La responsable du service CMU nous explique que, dans ce cadre, la question des personnes qui ne bénéficient pas de leurs droits à la complémentaire ne se pose pas. Ainsi que des travaux l'ont précédemment souligné pour d'autres administrations (Warin, 2007), il existe une réelle difficulté pour cette machine bureaucratique « productive » d'imaginer la possibilité que des publics lui échappent et d'envisager d'aller au devant de personnes qui, d'elles mêmes, ne viennent pas au guichet (Kesteman, 2004). Le non-recours est, en l'occurrence, perçue par la direction comme une question dérangeante, venant potentiellement interroger des dysfonctionnements dans la gestion des droits, des défaillances dans l'information des publics ou remettre en cause l'organisation du travail du service CMU.

La réalisation de l'étude avec l'ODENORE pour le Fonds CMU, dans une CPAM, nous permet ainsi de remarquer que le non-recours à la complémentaire est, d'une part, une question invisible, du fait du fonctionnement administratif et productif de la Caisse primaire ; et d'autre part, de noter que le non-recours ne fait l'objet d'une attention particulière, ni de la direction de la CPAM, ni de la CNAMTS, ces organismes invoquant son invisibilité. Ces constats se rapprochent fortement de ceux faits, trente ans plus tôt, par Antoinette Catrice-Lorey qui souligne, à l'époque, que le non-recours est une question qui ne se pose pas pour

les Caisses de sécurité sociale¹⁶. Elle ré-encastre ce constat dans le positionnement plus général des caisses par rapport à leurs assurés ; ce rapport est, selon elle, formel, minimal et uniforme, alors même que les enquêtes qu'elle a menées auprès d'assurés montrent que ceux-ci présentent des besoins très différents les uns des autres, notamment en matière d'information, et qu'ils n'utilisent pas tous l'institution de la Sécurité sociale de la même manière (Catrice-Lorey, 1973). La sociologue indique d'ailleurs qu'il existe un sentiment très prégnant chez les assurés de ne pas avoir de place dans cette machine bureaucratique, de ne disposer d'aucune possibilité pour signifier leurs difficultés particulières et de peiner à se faire entendre dans leurs besoins spécifiques (Catrice-Lorey, 1982).

En 2006, nous observons, quant à nous, que si le non-recours est masqué, il est bien aussi laissé de côté par les acteurs de l'Assurance maladie. Son invisibilité n'est pas uniquement le fait de fonctionnements et de logiques institutionnels, mais d'une absence de regard. En l'occurrence, d'autres phénomènes lui font concurrence et attirent davantage l'attention sur eux. C'est, en particulier, le cas de l'envers du non-recours : la sur utilisation des droits. Ces éléments nous amènent à lever un premier paradoxe, relatif aux raisons qui ont amené la Caisse primaire à accepter d'être le terrain d'une des études sur le non-recours du Fonds CMU et la Caisse nationale à participer au Comité de pilotage de ce travail. Un second paradoxe se fait également jour : la CPAM, dont la direction se dit peu intéressée par le non-recours, décide pourtant, une fois l'étude pour le Fonds CMU achevée, de continuer à travailler sur le phénomène et s'engage, aux côtés de l'ODENORE et d'autres acteurs administratifs locaux, dans une expérimentation visant à tester les possibilités de repérage du non-recours à partir des bases de données administratives.

Ces constats et paradoxes sont à la base de notre travail de thèse. Ils nous ont donné envie de décrypter l'émergence de la question du non-recours à la complémentaire en France, d'en comprendre les raisons, d'en découvrir les ressorts, de cerner les acteurs impliqués dans ce processus et les liens qu'ils entretiennent les uns par rapport aux autres. Nous avons, en effet, été intriguée par les divergences de positions des acteurs nationaux de la protection maladie, CNAMTS et Fonds CMU, concernant le non-recours. Nous avons été étonnée par l'évolution de la position de la direction de la CPAM qui, bien que se disant peu préoccupée par le non-recours, choisit tout de même de participer à une expérimentation sur le sujet. Nous nous

¹⁶ Caisses de Sécurité sociale rebaptisées CPAM dans les années 60, nous l'avons dit.

sommes demandée dans quelle mesure ce retournement pouvait s'expliquer par la production de connaissances sur le non-recours, dans le cadre de l'étude financée par le Fonds, et donc par le dévoilement de certains aspects de ce phénomène aux yeux des acteurs de l'Assurance maladie.

QUESTIONS DE RECHERCHE, QUESTIONNEMENTS ET HYPOTHESE DE TRAVAIL

Ce travail de thèse retrace l'émergence, en France, de la question du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée et son institutionnalisation progressive dans la branche Maladie de la Sécurité sociale.

Nous souhaitons répondre à la question suivante :

Pourquoi et comment la question du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée émerge-t-elle en France et dans quelle mesure ce dévoilement se traduit-il par l'élaboration d'une nouvelle catégorie d'action pour la branche Maladie de la Sécurité sociale ?

Il s'agit d'interroger la possibilité d'introduire une question invisible, inhabituelle et dérangement dans des logiques institutionnelles et fonctionnements administratifs spécifiques, et qui sont fondamentalement sans principe d'innovation. La question du changement organisationnel, et surtout des conditions qui le rendent possible, est donc bien également posée dans ce travail. De manière surplombante, nous souhaitons interroger l'institutionnalisation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS dans la branche Maladie de la Sécurité sociale et déterminer si le non-recours est devenu, ou est en passe de devenir en 2010, lorsque nous avons arrêté notre terrain, une nouvelle catégorie d'action pour l'Assurance maladie. Catégorie d'action qui permettrait de répondre simultanément aux attentes en matière de lutte contre les inégalités d'accès aux soins et d'efficience de la gestion du risque maladie.

Nous allons dérouler les questionnements qui sont apparus au fil de ce travail et les principales hypothèses qui en ont découlé. L'ensemble des hypothèses sera présenté au fil des différents chapitres de cette thèse :

Qui sont les acteurs qui se sont initialement intéressés au non-recours à la complémentaire ? Quelle est leur nature, leurs missions, leur positionnement dans le champ de la protection maladie ? Pour quelles raisons le phénomène attire-t-il leur attention ? Comment abordent-ils la question du non-recours aux droits et quelles stratégies mettent-ils en place pour intéresser et alerter d'autres acteurs ? Quels enjeux le non-recours à la CMU-C et à l'ACS soulève-t-il selon eux ? Dans quel contexte politique en matière de protection maladie, cette question est-elle progressivement perçue comme problématique ?

Nous faisons l'hypothèse que l'émergence du non-recours à la complémentaire est liée aux enjeux sociaux qu'il soulève concernant l'effectivité et la pertinence des droits ciblés, enjeux qui en font un argument dans le débat politique relatif aux restructurations de la protection maladie en France et à la manière de couvrir le risque maladie pour les personnes démunies.

Quelle place la réalisation d'études et la production de connaissances tiennent-elles dans l'émergence du non-recours, phénomène par nature « peu visible » des acteurs administratifs ? Dans quelle mesure les stratégies déployées par les lanceurs d'alerte pour connaître le non-recours aboutissent-elles à introduire celui-ci au cœur des organismes gestionnaires des droits CMU-C et ACS ? Quels types de connaissances suscitent l'intérêt de ces organismes et pour quelles raisons ? L'obligation de l'Assurance maladie de rendre des comptes sur les résultats de ses actions, à travers l'imposition de mécanismes du Nouveau management public (NPM), participe-t-elle à expliquer cet intérêt ?

Notre hypothèse est que la production de connaissances chiffrées et explicatives sur le non-recours à la CMU-C et à l'ACS, dans le cadre de l'évaluation de la loi, et l'ouverture de voies méthodologiques par des acteurs scientifiques pour observer le phénomène, amorcent une transformation des représentations relatives au non-recours et une appropriation par l'Assurance maladie, afin d'en faire un levier pour renforcer la performance de la gestion des droits ciblés.

Dans quelle mesure les voies méthodologiques ouvertes sont-elles travaillées pour tester des procédures plus complètes d'outillage informatique du non-recours à la CMU-C et à l'ACS ? Le cas échéant, dans quel cadre, à quel niveau d'action publique et par l'implication d'acteurs de quelles natures ? Pourquoi et comment l'élaboration d'outils de ce type vient-elle travailler les CPAM ? Quelles conditions rendent l'outillage possible ? Dans quelle mesure le

façonnage d'une représentation du non-recours, à travers l'outil informatique, a-t-elle des effets, en dehors de la branche Maladie et en son sein ?

Nous faisons l'hypothèse que l'expérimentation locale d'un outil informatique de repérage du non-recours, en donnant une représentation chiffrée et individualisée des non-recourants, attise les enjeux politiques relatifs à l'effectivité et à la pertinence des droits à la complémentaire. Elle amène les acteurs étatiques de la protection maladie à vouloir engager des actions auprès des non-recourants, afin de faire monter en charge la CMU-C et l'ACS et de légitimer la mise en place de dispositifs ciblés pour solvabiliser les dépenses de santé des populations démunies.

Pourquoi et à quel moment la CNAMTS se saisit-elle des outils de repérage élaborés localement ? Quel lien avec le mouvement de normalisation de l'action des CPAM, engagé par la Caisse nationale, à travers la rédaction de circulaires visant à limiter le non-recours ? Par qui ces circulaires sont-elles rédigées et par quel mécanisme la connaissance produite sur le non-recours, par des acteurs administratifs et scientifiques, y est-elle incorporée ? Quels changements organisationnels la diffusion de ces circulaires induit-elle dans les CPAM ? Quelle est la nature de ces changements ? Dans quelle mesure observe-t-on un mouvement d'apprentissage organisationnel au sein de la branche Maladie, participant à stabiliser une représentation commune et des réponses au non-recours ? Ce mouvement annonce-t-il une transformation des normes d'action de la branche Maladie quant à la mise en œuvre de ces missions et à son rapport aux assurés ?

Notre hypothèse est que la généralisation de l'usage d'un outil de repérage du non-recours, à travers la rédaction d'une circulaire par la CNAMTS, induit des effets en chaîne dans la branche Maladie. Ces effets participent à stabiliser une représentation commune du non-recours et à multiplier les actions des CPAM pour limiter le phénomène. Ces actions, en induisant des changements dans les fonctionnements administratifs et dans la posture des CPAM par rapport aux assurés, signent les prémices d'une restructuration des normes d'action de la branche autour de la potentielle survenance, pour chaque assuré, du risque non-recours.

UNE RECHERCHE AU CROISEMENT DE LA SOCIO-HISTOIRE DE L'ACTION PUBLIQUE ET DE LA SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS

Le cœur de cette thèse est ainsi relative aux raisons et au processus par lequel la question du non-recours à la CMU-C et à l'ACS sort de l'ombre, est dévoilée, et devient l'objet d'une attention publique (Hassenteufel, 2008b). Il s'agit tout autant de revenir sur le comment et sur le pourquoi. Ces deux entrées nous semblent indissociables l'une de l'autre. Pour y répondre, nous adoptons une posture constructiviste, partant du postulat selon lequel « *tout fait social, toute question peut potentiellement devenir un « problème public », s'il est constitué par l'action volontariste de divers opérateurs [...], comme une situation problématique devant être mise en débat et recevoir des réponses en termes d'action publique* » (François et Neveu, 1999). Aucune question ne constitue un problème public *a priori*, et aucun problème public ne l'est par essence. Selon Vincent Dubois, on retrouve régulièrement trois conditions pour qu'une question se problématise et existe socialement (Dubois, 2009). La première de ces conditions est de l'ordre de la connaissance. En ce sens, il est, d'après lui, nécessaire de disposer à propos d'une question ou d'un phénomène d'informations et de cadres pour les interpréter. Ceci afin de stabiliser des représentations sur le phénomène et de définir progressivement au regard de quelles normes sociales il est problématique. On est là face à la seconde condition (Dubois, 2009). Une troisième condition, qui est finalement présente dans les deux précédentes, se trouve dans la mobilisation d'acteurs pour que le problème devienne public (Dubois, 2009). Ces trois conditions sont particulièrement intéressantes s'agissant du non-recours à la complémentaire, dans la mesure où ce phénomène est en France largement masqué par les fonctionnements administratifs et les logiques d'action institutionnelles. Dans la mesure également où les acteurs de la protection maladie tendent à justifier le peu d'attention portée au phénomène par une absence de connaissances et par la difficulté d'observer l'invisible.

D'emblée, nous pouvons dire que la construction des problèmes publics a, dans notre esprit, partie liée avec la fabrication des catégories d'action publique, qui forme un des processus d'institutionnalisation des politiques à travers l'élaboration de cadres de perception et d'action (Lagroye et Offerlé, 2010). L'action publique se fonde sur la segmentation des problèmes et des publics auxquels elle s'adresse. Comme l'indique Pierre Le Quéau dans un ouvrage collectif qu'il coordonne, intitulé *La compréhension sociale du handicap*, « *les politiques sociales sont peut-être parmi celles qui présentent, à cet égard, la plus grande complexité.*

Elle « saucissonne » des populations et des phénomènes en catégories (...) dans une logique d'ingénierie sociale » (Le Quéau, 2003). Les catégories générales de l'action publique, comme celles qui sont le plus directement engagées dans l'action, sont des formes stabilisées ou en voie de l'être, à travers lesquelles l'intervention des pouvoirs publics ou des acteurs administratifs s'exercent. Elles constituent, ainsi, « l'objectivation institutionnelle, par exemple dans une structure administrative, de « problèmes » qui s'imposent à un moment donné comme cruciaux » (Dubois, 2009). Elles sont, elles aussi, les produits des processus de connaissance, des actions et des mobilisations, qui font advenir une question en problème à traiter. Les catégories d'action, tout comme les problèmes publics, ne reposent toutefois pas que sur des connaissances, à la différence par exemple du concept, mais empruntent à des registres divers, tels les jugements de valeur ou les croyances conventionnelles. Néanmoins, l'une des premières étapes de leur élaboration, par des acteurs quels qu'ils soient, repose sur le fait de « disposer d'un référentiel significatif qui passe par le concept » (Le Quéau, 2003). Avoir le concept d'une chose permet, en effet, de pouvoir se la représenter mentalement et de pouvoir percevoir ses propriétés idéales-typiques. C'est pourquoi, tout comme pour la construction d'un problème public, la connaissance, et sa mise en discussion est un point de départ incontournable à l'élaboration d'une catégorie d'action publique, au sens où elle signe la possibilité de construire, pour les acteurs, des représentations communes.

Les catégories ne sont toutefois pas que des représentations, « mais [bien aussi] des schèmes, c'est à dire des règles ou des méthodes gouvernant les activités » (Le Quéau, 2003). Selon Pierre Le Quéau, une catégorie d'action correspond, dans cette perspective, au protocole que divers acteurs, ou institutions, suivent pour traiter un problème, et « avant tout au rapport, à la relation que la société envisage d'entretenir avec ce qu'elle institue » (Le Quéau, 2003). En ce sens, l'institution d'une catégorie par des acteurs publics fait l'objet de négociations, d'échanges, d'essais où se découvrent concrètement les enjeux relatifs à la population ou aux problèmes à traiter pour ces acteurs. Le traitement d'un problème, sa prise en charge institutionnelle, peuvent nécessiter des changements généraux de logiques d'action, des modifications dans le fonctionnement de certains organismes. Cela explique que la catégorisation repose aussi sur la reconnaissance d'une nécessité collective de traiter ou de prendre en charge tels problèmes ou populations.

Ainsi le dévoilement d'une question et la manière dont elle est problématisée peuvent induire la production de nouvelles méthodes et normes pour cadrer l'action collective. Ils peuvent

impliquer la construction, dans la société, de nouveaux comportements, pensés comme plus appropriés pour y apporter une réponse (Tissot, 2007). La construction des problèmes, tout comme l'invention de catégories, résultent notamment d'opérations de connaissance, de conviction, de négociations, « *de batailles sur les mots, les définitions, de processus de classification* » (Payre et Pollet, 2013). Ces opérations, ces luttes, ces négociations permettent, tour à tour, de structurer des représentations communes pour penser les problèmes et contribuent à donner les moyens, aux acteurs publics, d'élaborer des méthodes et des normes d'action pour les traiter et d'élaborer progressivement de nouvelles catégories d'intervention. En ce sens, il est, dans tous les cas, important de sortir d'une approche naturalisante ; les catégories, tout comme les problèmes, ne vont pas de soi et résultent de processus d'élaboration. Les déconstruire, ou suivre leur construction, permet de pointer les acteurs qui les structurent, de déterminer les choix faits concernant ce qu'un problème est ou n'est pas pour ces acteurs, de décrypter les critères, même les plus techniques, sur lesquels les catégories se fondent. En résumé, suivre leur émergence ouvre la voie pour prendre la pleine mesure des mécanismes à l'œuvre au travers d'elles.

Dans notre cas, il s'agit de comprendre comment le dévoilement du non-recours à la CMU-C et à l'ACS et sa mise en forme par différents acteurs entraînent l'élaboration de premiers éléments de réponse par la branche Maladie, à travers la rédaction de plusieurs circulaires visant à encadrer l'action des CPAM pour limiter le non-recours. Il s'agit de définir ce que la diffusion de ces circulaires, et les réponses apportées par les CPAM au non-recours en dehors de leur cadre par la création de normes secondaires d'application (Lascoumes, 1990), changent dans l'organisation de la gestion des droits et les fonctionnements administratifs des organismes d'Assurance maladie. *In fine*, il s'agit de déterminer dans quelle mesure la branche Maladie de la Sécurité sociale a, ou est en voie, de stabiliser une réponse au non-recours et si celle-ci instaure de nouvelles normes, quant au rapport à l'assuré et à la manière dont la branche réalise, quotidiennement, sa mission de gestionnaire du risque maladie. Ainsi nous pourrions déterminer si le non-recours est devenu une nouvelle catégorie d'action pour l'institution.

Dans cette recherche, pour comprendre l'émergence du non-recours à la complémentaire dans une forme problématique et institutionnalisée, nous avons, plus particulièrement, choisi de nous référer à la socio-histoire de l'action publique. En particulier, parce qu'elle s'inscrit dans la lignée de « l'histoire problème », issue de l'école méthodique, puis déployée au 20^{ème} siècle

par l'école des Annales (Payre et Pollet, 2013). Il s'agit de reconstituer la genèse des phénomènes, de privilégier la construction des faits, la question sur l'événement, tout *en* prenant soin « *d'expliciter la part de « déjà là », qui façonne l'environnement humain* » (Payre et Pollet, 2013). Les travaux de socio-histoire se saisissent également des problèmes, des institutions, des catégories d'intervention publique en privilégiant une interprétation par processus et par les groupes d'acteurs qui font exister ces dits processus. En cela, ils s'attachent à contextualiser l'action publique et la replacent au cœur des interactions sociales. La socio-histoire considère ainsi les politiques publiques dans un sens Weberien, comme des développements et des ensembles d'actions spécifiques d'individus humains (Payre et Pollet, 2013). On retrouve ici une filiation avec la sociologie historique de l'Etat, notamment celles des « pères fondateurs » que sont Karl Marx et Max Weber. La socio-histoire de l'action publique prend toutefois, et désormais, une forme plus empirique, choisissant des objets plus circonscrits et s'autorisant à les travailler sur des périodes temporelles plus limitées (Payre et Pollet, 2013).

La socio-histoire porte donc une attention sociologique aux processus de l'action publique et aux acteurs qui y prennent part, tout en engageant une mise en perspective historique par l'attention portée à la part de « déjà là », qui existe notamment à travers les acteurs et les organisations qui sont les leurs. Ce faisant, elle donne, à notre avis, une possibilité de comprendre les représentations qui se construisent à travers des processus de problématisation et qui créent les possibilités de l'action et de sa mise en normes, par exemple à travers la catégorisation. Des travaux de socio-histoire de l'action publique ont ainsi analysé la genèse de formes administratives (législations, circulaires, formulaires), en saisissant « *la bureaucratisation au concret, en action, et de manière pragmatique à travers ses institutions, ses acteurs, ses procédures, et ses outils* » (Payre et Pollet, 2013). On peut évoquer les travaux qui ont porté sur l'inspection du travail (Viet, 1994) ou sur l'administration des tabacs (Rétière, 1998).

S'interroger de cette manière sur la construction et l'institutionnalisation des problèmes publics (Gusfield, 2009) demande de s'éloigner d'une vision mécaniste et linéaire des politiques publiques, qui esthétise quelque peu la réalité en les présentant comme des réponses rationnelles à des dysfonctionnements sociétaux. Dans cette perspective, l'analyse des politiques publiques devient une sociologie des problèmes publics : elle part de ces derniers pour étudier la façon dont ils sont pris en charge et avec quels effets sur la société

(Duran, 2010). Le regard porte par conséquent davantage, nous l'avons dit, sur les multiples processus qui font l'action publique et qui sont intrinsèquement liés aux acteurs qui y participent, à leurs pratiques et leurs interactions, mais aussi à des contextes organisationnels spécifiques, à des conjonctures politiques opportunes et à des enjeux normatifs contraignant.

Nous avons souscrit, dans notre travail, à la triple rupture soulignée par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, en 2007, dans leur ouvrage, *Sociologie et action publique* (Lascoumes et Le Galès, 2007). La rupture avec le volontarisme politique, qui assimilerait l'action publique uniquement aux discours des élites et à leur volonté indivisible. La rupture avec le fétichisme de la décision, qui verrait dans le choix d'un « décideur » clairement informé, le point de départ absolu de l'action publique. La rupture, enfin, avec le mythe de l'unicité de l'État, qui réduirait l'action publique à celle des seuls gouvernements. En cela, nous nous inscrivons modestement dans la logique des travaux d'analyse de politiques publiques Etats-uniens, qui se développent après la seconde guerre mondiale et qui, progressivement, rompent avec une vision fonctionnelle et systémique de la décision. Ces travaux s'appuient sur l'idée qu'il est nécessaire de disposer de connaissances sur l'homme administratif (Dahl, 1947), sur les conditions de sa rationalité et sur le caractère contingent et contextuel de l'action humaine. Ils postulent ainsi la rationalité limitée des acteurs (Simon, 1957) et développent des approches incrémentales, soulignant la construction « pas à pas » des décisions et des politiques publiques (Lindblom, 1959). En ce sens, les *policy studies* se déploient pour comprendre les logiques plurielles des acteurs impliqués dans des politiques publiques.

Nous avons aussi pour inspiration la sociologie des organisations, ou plus précisément de l'action organisée, de Michel Crozier, qui a largement contribué à l'arrivée de l'analyse des politiques publiques en France dans une forme sociologisée (Paulange-Mirovic, 2013). Celle-ci nous intéresse car elle tend à changer le regard porté sur l'administration et à s'éloigner d'une vision uniquement juridique. Elle fait tomber la frontière entre administration et politique, la première n'étant plus appréhendée comme une simple fonction d'exécution, mais comme un espace de relations de pouvoir (Payre et Pollet, 2013). Elle accorde du crédit aux actions de ces administrations dans l'élaboration de l'action publique. Par la même, dans les organisations, la compréhension des comportements des acteurs ne passe plus uniquement par leurs fonctions, mais bien aussi par l'analyse des systèmes complexes d'interaction et de leurs stratégies personnelles. Le postulat est posé que les relations entre acteurs ne s'organisent pas uniquement à partir de liens d'autorité, mais également de relations de pouvoir. Ce qui

nécessite d'être attentif aux ressources dont disposent les acteurs, collectifs ou individuels, et à la manière dont ils les mobilisent pour contrôler certaines activités et dicter la conduite à leurs interlocuteurs (Crozier et Friedberg, 1992). Les travaux du Centre de sociologie des organisations (CSO) nous intéressent également, parce qu'ils éclairent les processus de décision au travers des relations entre acteurs locaux et nationaux, entre centre et périphérie (Grémion, 1976). A travers ces différentes inspirations, l'Etat a progressivement été pensé comme un ensemble d'acteurs, individuels et collectifs, privés et publics, qui possèdent des intérêts, poursuivent des intentions qui leur sont propres, disposent de représentations plus ou moins partagées et sont situés dans des relations d'interdépendance. Et l'action publique s'est définie « *comme une action conjointe faisant appel à des mécanismes de coordination de plus en plus éloignés des solutions hiérarchiques et bureaucratiques* » (Duran, 2010).

Au croisement de la socio-histoire, de la sociologie de l'action publique et de la sociologie des organisations, nous avons envisagé le processus d'émergence du non-recours à la CMU-C et à l'ACS, de manière chronologique, au travers de séquences qui ont, selon nous, participé : à initier une attention pour le phénomène parmi les acteurs de la protection maladie ; à positionner ses enjeux par rapport à ce champ et à ses évolutions ; à faire en sorte que de plus en plus d'acteurs « en aient le concept » ; à construire des représentations communes et un cadre de perception opérationnel ; à structurer les premiers éléments de réponse au sein de la branche Maladie. Nous avons ainsi retracé et suivi un chaînage d'activités, impliquant des acteurs scientifiques et administratifs, situés à plusieurs niveaux d'action publique. En redonnant « *une substance à l'action* » (Duran, 2010), il s'est agi de conférer, à notre travail, un certain réalisme et d'accorder de l'importance à l'ensemble des activités et acteurs, individuels et collectifs, qui nous sont apparus, au fur et à mesure, comme ayant participé au dévoilement du non-recours à la CMU-C et à l'ACS et ayant rendu progressivement possible le changement de perception de l'Assurance maladie quant au phénomène et la mise en œuvre de réponses.

OBJETS EMPIRIQUES DE LA RECHERCHE ET LITTERATURES SUPPORTS

C'est en étudiant successivement les prises de position de ces acteurs, individuels et collectifs, sur le non-recours aux droits à la complémentaire, le travail de conviction mené par certains pour suggérer la prise en compte de la question dans l'évaluation de loi, l'orientation du regard sur certains aspects plutôt que d'autres à travers des rapports d'évaluation, en étudiant

aussi leurs alliances circonstanciées et opportunes pour produire de la connaissance et outiller informatiquement le non-recours, que nous avons cherché à comprendre comment cette question s'est transformée en problème public et en horizon d'action pour les acteurs de la protection maladie. Ainsi avons-nous pris en compte, dans l'analyse, des acteurs nationaux : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Fonds CMU, Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, direction également mise à disposition des ministères du Travail et du Budget, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ; des acteurs locaux : Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), Caisses d'allocations familiales (CAF), Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et Conseils généraux ; des acteurs scientifiques, en particulier l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). Ce sont bien aussi des acteurs individuels, travaillant dans ces organismes, qui sont au cœur de notre analyse. Directeurs du Fonds CMU ou de la direction de la Sécurité sociale, chargés de mission et agents des directions de la CNAMTS, agents de direction des organismes locaux de Sécurité sociale, responsables de services sociaux des CARSAT, responsables de services CMU ou précarité des CPAM, agents des cellules informatiques et statisticiens des Caisses primaires ou des CAF, chercheurs.

L'ensemble de ces acteurs a, en effet, participé à l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire. Nous sommes partie du principe selon lequel comprendre l'émergence du non-recours, la forme prise par cette question, sa circulation et l'importance qu'elle revêt peu à peu, implique de connaître, sociologiquement, ceux qui rendent ce dévoilement possible. Que ce soit concernant les acteurs collectifs ou individuels. Nous avons donc tenté de caractériser et de qualifier ces acteurs, de comprendre également ce qui leur donne une légitimité dans le processus qui nous intéresse. Ainsi avons-nous eu, par exemple, besoin de faire appel aux travaux relatifs aux agences d'Etat, notamment dans le domaine sanitaire (Benamouzig, 2008a, 2008b ; Chevallier, 1997 ; Tabuteau, 2003), pour caractériser le Fonds CMU, ses modes de fonctionnement et cerner le type de relations qu'il entretient avec l'ensemble des acteurs de la protection maladie. Cela nous a aidé à comprendre dans quelle mesure ces acteurs intermédiaires assurent, en particulier, par la médiation de l'évaluation et en s'associant avec des équipes scientifiques, à la fois un rôle de relais, de courtage et d'alerte sur certaines questions -ici celle du non-recours-, permettant ainsi l'interaction entre de

multiples acteurs concernés par une politique -ici celle de la Couverture maladie universelle (CMU).

Nous avons également mobilisé des travaux de sociologie des organisations pour caractériser les organismes de la branche Maladie. En appelant des travaux souvent anciens, en particulier ceux d'Henry Mintzberg, il s'est agi de comprendre le fonctionnement encore très administratif et bureaucratique de ces organismes, de qualifier les différentes composantes de ces structures, leur organisation les unes par rapport aux autres et le type de relations d'autorité qui s'y déploient (Mintzberg, 1987). En nous référant à des travaux fondateurs de la discipline en France et à l'étranger, nous avons voulu disposer d'un socle de notions nous permettant d'analyser des fonctionnements organisationnels bureaucratiques encore prégnants aujourd'hui et de voir dans quelle mesure ils contraignent la prise en compte de problématiques nouvelles, telle celle du non-recours.

Concernant les acteurs individuels, nous avons tenté, dans la mesure du possible, de cerner leurs positions dans les organismes, leurs trajectoires professionnelles, militantes aussi, les groupes de travail auxquels ils participent, le pilotage de missions gouvernementales qu'ils ont parfois assumé, afin de mettre ces éléments en résonance avec leurs représentations concernant le non-recours aux droits en général, et à la complémentaire en particulier. Pour comprendre, par la même, comment la question du non-recours, et les représentations qui lui sont associées, circulent entre des organismes de protection sociale, des groupes de travail interinstitutionnels relatifs à la politique de lutte contre les exclusions vers les branches de Sécurité sociale et au sein du champ de la protection maladie. Ainsi avons-nous pu mettre en exergue le fait que les acteurs en position de responsabilité, par exemple au Fonds CMU ou au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et qui tentent de renforcer l'attention portée au non-recours à la CMU, ont tous travaillé dans la branche Famille de la Sécurité sociale, à la période où le non-recours y a été importé dans les années 1980. Ces éléments permettent une mise en perspective historique de l'émergence du non-recours en matière de protection maladie.

Nous avons utilisé les réflexions de Michel Bauer, sociologue français et responsable de l'Observatoire des dirigeants, pour qualifier les agents de direction des organismes de Sécurité sociale et le type de management qu'ils déploient (Bauer, 1996 ; 2010). Derrière cela, il s'agit bien de comprendre la manière avec laquelle ils facilitent ou freinent la prise en compte du

non-recours dans leurs organismes. Ceci est important alors que les acteurs de direction ont vu, au fil des années, leur rôle de pilotes des organismes se renforcer au dépend des Conseils d'administration des caisses ; le rapport de force concernant les décisions majeures prises pour orienter la politiques des caisses s'inversant progressivement (Merrien, 2011). Les travaux de Patrick Hassenteufel relatif aux évolutions de la gouvernance de l'Assurance maladie, postulant notamment le développement d'une « *élite du welfare* », qualifiée de « *programmatische* » (Genieys et Hassenteufel, 1999 ; Hassenteufel, 2008b), nous ont, quant à eux, été utiles pour caractériser et signifier le parcours dans les hautes sphères de l'Etat de certains acteurs individuels, qui ont participé à l'institutionnalisation du non-recours à la CMU. La référence à ces travaux nous permet, en particulier, de réintroduire la dimension politique de ces hauts fonctionnaires, de signaler leur situation à l'interface du pouvoir politique et de la technocratie administrative, et par la même leur rôle dans la circulation du non-recours vers les acteurs gouvernementaux et parlementaires. En effet, Patrick Hassenteufel explique que, si elle légitime politiquement les politiques publiques, cette élite du *Welfare* joue aussi un rôle de passeur, de diffuseur d'idées et surtout d'une matrice cognitive concernant la transformation de la protection maladie bien particulière (Hassenteufel, 2008), qui participe, selon nous, à expliquer l'intérêt porté au non-recours à la CMU-C et à l'ACS.

Nous avons fait le choix de pousser plus ou moins loin l'exercice de caractérisation des acteurs collectifs et individuels, en fonction du rôle qu'ils ont, selon nous, joué dans le processus d'émergence du non-recours. Car cet exercice a bien vocation à mettre les éléments de caractérisation en résonance, avec la manière dont ces différents acteurs ont pris part à ce processus. Nous voulons insister sur le rôle des acteurs dans leurs dimensions stratégique et cognitive. Ainsi, si nous portons attention à qui sont les acteurs, à leurs positions dans les organismes et à ces organismes en tant que collectifs fonctionnant selon des règles spécifiques, c'est bien pour décrypter leurs actions concernant l'institutionnalisation du non-recours. Ces éléments de caractérisation sont, en particulier, utiles pour rendre compte des contextes d'action, déterminer ce qui les contraint et les rend possible s'agissant des rapports de forces, des liens d'autorité et des hiérarchies internes aux organismes. L'action est intention(s), mais soumise(s) à des conditions d'exercice, à des contextes aussi (Duran, 2010).

Par le même, ces éléments de caractérisation et de contextualisation sont nécessaires pour analyser ce qui facilite et contraint les interactions entre les acteurs. Car l'émergence du non-

recours tient aussi aux rapprochements entre des acteurs appartenant à des structures différentes et aux alliances qui se forment entre administratifs et scientifiques, pour produire de la connaissance sur le non-recours à la complémentaire gratuite et aidée. Nous empruntons à Haroun Jamous, la notion de « marginal-sécant » (Jamous, 1968), pour qualifier des acteurs, marginalisés dans leurs propres structures s'agissant de leur position par rapport au non-recours, mais permettant à la question de circuler entre différents organismes par leur appartenance à plusieurs réseaux. De cette manière, ils facilitent aussi les rapprochements entre acteurs « convaincus » de la nécessité de se saisir du non-recours pour renforcer l'effectivité des droits à la complémentaire et font ainsi avancer le processus de dévoilement du phénomène.

La mobilisation des notions de la sociologie des organisations est, par la même, essentielle pour comprendre ce qui rend possible la coopération et la stabilisation d'interactions (Musselin, 2010) concernant le non-recours. En convoquant les travaux de Michel Crozier et d'Erhard Friedberg, il s'agit de se donner les moyens de décrypter les arrangements et les ajustements mutuels, entre des acteurs qui décident de travailler ensemble pour outiller le non-recours à partir des systèmes d'information administratifs, alors que leurs logiques d'action ne se recoupent que partiellement. La détermination des ressources (Crozier et Friedberg, 1992) permettant à certains acteurs de prendre la main sur l'outillage, et les inversions successives des rapports de pouvoir lorsque certaines ressources deviennent moins nécessaires, est cruciale. Au bout du compte, c'est bien la représentation du non-recours projetée par les outils informatiques qui diffère.

Nous portons une attention particulière, dans ce travail, à la ressource informationnelle, aussi dénommée ressource cognitive par Peter Knoepfel, Corinne Larrue et Frédéric Varone dans leurs ouvrages *Analyse et pilotage des politiques publiques* (2006). De par la nature du non-recours, son invisibilité relative, cette ressource est au cœur des alliances entre acteurs, de leurs stratégies pour donner à voir le non-recours à la complémentaire gratuite et aidée de telle ou telle manière. Les informations nécessaires pour rendre visible le phénomène et produire de la connaissance sur celui-ci n'est pas nécessairement à disposition de l'ensemble des acteurs et est ainsi l'objet de négociations, d'échanges entre branches de Sécurité sociale et de rapports de force qui déterminent les possibilités concrètes de dévoilement.

La manière dont cette ressource est travaillée par les acteurs, à tous les niveaux de l'action publique, est également essentielle. Nous assumons, dans cette thèse, une volonté « *de traquer l'action publique « là où elle se fait »* » (Musselin, 2010), de la déceler même dans le travail le plus technique et le plus « ordinaire ». C'est le cas lorsque nous analysons les relations qu'entretiennent, non pas des acteurs nationaux de la protection maladie, mais les agents des organismes locaux de Sécurité sociale, par exemple les statisticiens et informaticiens impliqués dans l'outillage informatique du non-recours à la complémentaire. En éclairant ces configurations particulières, qui en l'occurrence viennent fortement travailler les fonctionnements administratifs bureaucratiques traditionnels, on se rend compte dans quelle mesure des agents, *a priori* cantonnés dans une fonction d'exécution, jouent un rôle important dans la définition des problèmes et du contenu de l'action publique (Lipsky, 1980 ; Dubois, 2003). Ici, les décisions techniques, la créativité et l'ingéniosité des agents des CPAM et des CAF sont, par exemple, au centre du façonnage d'une représentation du non-recours et des non-recourants à la CMU, représentation qui crée, en l'occurrence, un support pour l'action de la branche Maladie. Ces choix techniques permettent, en outre, de dépasser des obstacles induits par le développement de réglementations, de procédures et d'outils informatiques spécifiques à chaque branche de Sécurité sociale, en lien avec la sectorisation historique des risques sociaux en France.

Dans cette perspective, comprendre le pourquoi de l'émergence du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée, les difficultés et les raisons de son intégration par la branche Maladie induit de s'arrêter sur les évolutions administratives, législatives, normatives qui interviennent en matière de Sécurité sociale et d'Assurance maladie sur la période qui nous intéresse. Mais aussi durant les décennies précédentes. Là encore, cela permet de contextualiser, de façon surplombante, les actions de dévoilement du non-recours, de saisir les obstacles qu'elles rencontrent, leur caractère souvent opportun et d'analyser la problématisation de la question au regard des enjeux évolutifs de la politique d'Assurance maladie et de santé. Notre intérêt se porte ainsi sur la loi Douste-Blazy de 2004, qui renforce la participation financière des patients aux frais de santé, dans une logique de gestion du risque, et confirme le transfert de charge de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) vers les Complémentaires santé. Nous avons à mettre cette loi en relation avec de précédentes réformes intervenues depuis la fin des années 1970, afin d'envisager les transformations de fond de la protection maladie, les choix faits et les voies prises pour couvrir les populations démunies (Tabuteau, 2006).

Nous intégrons ainsi, dans notre recherche, les acquis et analyses des travaux sectoriels des spécialistes de la protection maladie et de la protection sociale, en particulier de Didier Tabuteau et de Mireille Elbaum, ainsi que ceux des économistes de la santé, par exemple de l'IRDES. Ces apports peuvent nous permettre de mieux comprendre dans quelle mesure le non-recours à la complémentaire s'encastre dans le développement d'une stratégie pour lutter contre les inégalités sociales de santé et dans les voies particulières choisies par la France en la matière (Bourgueil et al., 2012). Il s'agit aussi de cerner pourquoi le non-recours, dans une version chiffrée, devient un argument pour défendre ou mettre en cause des choix politiques et des directions prises pour réformer le système de protection maladie en France (Elbaum, 2007). Le phénomène permet, en effet, de légitimer ou de critiquer certaines décisions politiques et la manière dont celles-ci font bouger le curseur de la répartition des rôles et des financements entre acteurs publics et privés de l'Assurance maladie. Nous pourrions ainsi voir dans quelle mesure l'émergence du non-recours à la CMU-C et à l'ACS suit, initialement, un chemin similaire à celui qu'il a pris dans d'autres branches de la Sécurité sociale (Volovitch, 2003), mais comment les spécificités des questionnements et des acteurs dans ce secteur de la Sécurité sociale viennent particulariser l'émergence du non-recours en la matière.

Parallèlement, nous portons le regard sur les évolutions de la gouvernance de l'Assurance maladie, à travers un repositionnement des acteurs étatiques dans le pilotage et le contrôle des organismes nationaux et locaux (Hassenteufel, 2008b). Les procédures de nomination du directeur de la CNAMTS, par le gouvernement, et des directeurs des CPAM par le directeur de la CNAMTS signalent la place prise par les acteurs étatiques, au dépend des partenaires sociaux dans la gouvernance du système. Parallèlement, l'introduction progressive des outils du Nouveau management public (NPM) transforme le mode de redevabilité des organismes de Sécurité sociale (Moachon et Bonvin, 2012), renforçant une redevabilité légale, au dépend d'une redevabilité politique. Les organismes deviennent ainsi, de plus en plus, redevables de leurs résultats par rapport aux seuls pouvoirs publics et, de moins en moins donc, par rapport aux « intéressés » du système de protection, les partenaires sociaux originellement principaux gestionnaires des organismes. Ainsi référons-nous notamment au plan Juppé de 1995, instaurant le vote par le Parlement d'une Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et la contractualisation entre l'Etat et les organismes sociaux. Le mécanisme des Conventions d'objectifs et de gestion (COG) tend à renforcer le contrôle des organismes par la direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé. Sa déclinaison locale, à travers les Contrats

pluriannuels de gestion (CPG) signés entre la CNAMTS et chaque CPAM, amène quant à elle une forme de contrôle descendant.

Ce sont là les marqueurs de la mise en œuvre d'une gestion par les résultats fondés sur la réalisation d'objectifs et sur une mesure de l'évaluation des performances (Bezès, 2009). Avec la contractualisation, la gestion se fait, en effet, davantage par les *outputs* ou par ce que certains auteurs dénomment : « *les produits administratifs ou les prestations fournies par l'unité administrative* » (Hupe et Hill, 2007). Les enveloppes budgétaires de fonctionnement accordées aux CPAM, par la CNAMTS, dépendent en outre de leur performance en la matière. Il s'agit ainsi de responsabiliser les gestionnaires « *tout au long du processus de mise en œuvre des politiques publiques, sur l'atteinte des objectifs (l'efficacité socio-économique), la satisfaction des usagers (qualité de service) au moindre coût (efficacité)* » (Bartoli et Chomienne, 2011). Le principe des CPG peut donner l'illusion de laisser une part de responsabilité aux organismes locaux pour améliorer le niveau de la performance locale des *outputs* (Flynn, 1991). Les CPAM choisissent, en effet, de décliner prioritairement certains objectifs de la COG et d'emprunter des voies « innovantes » pour y parvenir et tenter ainsi de mieux se classer par rapport aux autres caisses. Pour autant, il semble que l'intensification des procédures de redevabilité par les *outputs* ne constitue un facteur d'innovation que dans une certaine mesure. Si les voies innovantes choisies ne permettent pas d'augmenter rapidement la performance de la gestion des produits administratifs, elles sont bien souvent abandonnées, voire potentiellement sanctionnées.

Ces évolutions dans la gouvernance et le pilotage méritent notre attention dans la mesure où elles peuvent, d'une part, expliquer les rapports de force entre les acteurs nationaux qui ont participé à l'émergence du non-recours et, d'autre part, nous aider à comprendre pourquoi certaines directions de CPAM ont choisi de se saisir du non-recours à la CMU, d'intégrer la limitation du phénomène dans leur CPG et, parfois, d'abandonner cette voie lorsqu'elle ne semblait pas améliorer concrètement -et rapidement- la performance de la gestion des droits. En ce sens, nous verrons que l'incorporation du non-recours dans la branche Maladie est autant permise par la transformation des modes de redevabilité, qu'elle est contrainte par celle-ci. Cette contrainte se traduit notamment par le centrage de la branche sur certains types de non-recours à la CMU-C et à l'ACS, ceux qui lui permettent de travailler au renforcement de l'effectivité des droits, la redevabilité par les *outputs* poussant bien souvent les organismes à centrer leur attention sur la gestion efficace et performante des produits administratifs.

Afin de comprendre comment la question du non-recours à la complémentaire émerge et s'institutionnalise, nous allons prendre soin, dans cette thèse, de « donner à voir » le phénomène en présentant, de manière approfondie, les travaux de recherche et d'études, qui y sont relatifs (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006 ; Legal, 2008 ; Berrat, 2006, 2008 ; Franc et Perronnin, 2007 ; Revil, 2006, 2008, 2010 ; Chauveaud et Warin, 2009 ; Desprès et al., 2010). Il est notamment intéressant de voir dans quelle mesure les explications du non-recours, en la matière, renvoient à des causes mises en exergue par les travaux étrangers et français relatifs au non-recours dans d'autres domaines. Parallèlement, la distinction entre les causes du non-recours à la CMU-C et celles en matière d'ACS est centrale : ces deux phénomènes emportent, en effet, des problématiques distinctes ; les rapports des bénéficiaires potentiels avec chacun de ces droits ne se recoupent pas et renvoient à des enjeux particuliers pour l'action publique. Si la raison informationnelle est au cœur de ces deux phénomènes, le non-recours à la CMU-C se caractérise par des représentations propres à cette prestation et à ses bénéficiaires, représentations à la fois portées par certains agents des CPAM (Leduc, 2008) et par des professionnels de santé (Chadelat, 2006 ; Médecins du monde, 2006). La question des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C peut être une variable explicative du non-recours, elle ne se pose que pour cette prestation et non pour l'ACS. Le non-recours à ce dispositif s'encastre, quant à lui, immédiatement dans des considérations politiques fortes et interrogent les modalités retenues par les pouvoirs publics pour solvabiliser les dépenses de santé des personnes en marge de la CMU-C. Il questionne plus globalement sur une réforme potentielle du système de santé et de l'organisation des soins primaires pour rendre complètement gratuit leur accès à certaines populations, en s'inscrivant dans la logique d'un bouclier sanitaire (Cornilleau et Debrand, 2011). L'appel aux études sur le non-recours en matière de protection maladie, en spécifiant les questionnements entre CMU-C et ACS, le renvoi vers des travaux sur le non-recours aux droits en général (Kerr, 1982 ; Van Oorschot, 1991, 1996 ; Math., 1996 ; Reinstadler, 1999), semble incontournable dans la mesure où, nous l'avons expliqué, la production de connaissances joue un rôle dans la prise en compte de cette question par les acteurs de la protection maladie, et cela même si ce n'est pas toujours sa vocation première.

La présentation des résultats des travaux est alors importante pour décrypter les enjeux organisationnels et politiques relatifs à chacune de ces prestations, les stratégies de certains acteurs pour mettre en exergue certaines causes plutôt que d'autres, stratégies qui influent

fortement sur le processus d'émergence du non-recours. Cette incorporation des analyses sur le non-recours à la complémentaire s'avère également utile pour déterminer ce que le Fonds CMU prélève et intègre dans les évaluations de la loi, ainsi que dans ses publications régulières sur la CMU, et l'angle sous lequel il choisit de présenter le phénomène. Ces éléments sont, en général, ceux qui circulent vers d'autres institutions, par exemple la Cour des comptes ou le Sénat. Ils servent aussi d'appui aux débats parlementaires concernant la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

S'arrêter sur les travaux relatifs au non-recours à la CMU-C et à l'ACS est, parallèlement, nécessaire pour définir dans quelle mesure les acteurs de l'Assurance maladie mobilisent des éléments de compréhension, le cas échéant lesquels et comment, pour rédiger les circulaires visant à encadrer l'action des CPAM en matière de non-recours et améliorer la performance des premières actions mises en œuvre pour tenter de limiter le phénomène. Pour une raison heuristique, nous référons aussi, tout au long de ce travail, aux modes de calcul et typologies construites par la CNAF et l'ODENORE afin d'analyser si, et comment, les acteurs de la protection maladie s'en saisissent, les éléments qui font l'objet d'une appropriation de leur part et ce qu'ils laissent de côté. La raison n'est d'ailleurs pas seulement heuristique : les utilisations et les interprétations que font les acteurs de la protection maladie, en particulier des typologies, indiquent aussi l'angle par lequel ils approchent le non-recours et les enjeux qu'ils y associent. En retour, cela a des conséquences sur la forme que prend le non-recours dans les représentations des acteurs, sur les actions qu'ils élaborent pour intervenir sur ces situations et sur les évolutions, notamment organisationnelles, qu'ils pensent nécessaires pour mener ces interventions.

LA QUESTION DU CHANGEMENT COMME ARRIERE-PLAN PROBLEMATIQUE

Car en étudiant aussi finement les conditions et les raisons de l'émergence du non-recours à la CMU-C et à l'ACS, il s'agit, nous l'avons dit, de comprendre les possibilités du changement de positionnement de l'Assurance maladie s'agissant du phénomène, de déterminer en quoi ce nouvel horizon transforme le travail de la bureaucratie des caisses et où en est le changement, en 2010. L'action publique, en opérant une mise en sens du réel et des formes de catégorisation du social, crée autant d'identification et de groupes nouveaux qu'il y a d'assujettis et d'ayant droit (Payre et Pollet, 2013), qui viennent travailler les organismes administratifs dans leurs fonctionnements, logiques et normes d'action. Didier Renard a

montré comment la politique de retraites crée des retraités et les conséquences sur les modalités de leur prise en charge (Renard, 1992). Vincent Dubois, à travers l'analyse de la construction de la politique culturelle, souligne quant à lui qu'une intervention en la matière ne relève pas de l'évidence et que, même institutionnalisée, la politique culturelle demande à ses producteurs une légitimation permanente de leurs pratiques (Dubois, 1999a). En matière de non-recours, des analyses menées sur la branche Famille soulignent que l'incorporation de cette question suppose des transformations de l'organisation interne du travail et des pratiques des agents, mais également de changer les modes de coopération avec l'environnement, afin tout à la fois de connaître le phénomène et de lui apporter des réponses (Borgetto, Chauvière, Frotiée et Renard, 2004 ; Borgetto, 2004).

Pour rendre compte des conditions du changement et les percevoir à travers le processus d'émergence du non-recours, nous prenons appui sur les travaux de la sociologie de l'action organisée, qui signalent deux grandes modalités de changement dans les organisations bureaucratiques : le changement par crise, bouleversant brutalement l'ensemble du système d'action organisationnel, et le changement par un mécanisme d'apprentissage organisationnel (Crozier, 1966). Ce deuxième type de changement, aussi qualifié de « *politique des petits pas* » par certains auteurs de l'école de Palo Alto (Watzlawick, 1980), nous intéresse plus particulièrement. Il nécessite, selon Michel Crozier, que plusieurs conditions soient progressivement réunies : la transformation des relations entre acteurs centraux et locaux, le dépassement du cloisonnement entre organismes, le développement de sources de renouvellement intellectuel et la transformation des rapports entre systèmes politique et administratif (Crozier, 1966).

Le processus d'apprentissage organisationnel peut s'enclencher à partir d'un changement, même mineur, dans un organisme, ou d'une action « moteur » initiée par quelques acteurs, et qui, peu à peu, a des répercussions dans l'ensemble du système organisationnel. Cela rejoint les analyses de Paul Watzlawick selon lequel « *même le plus petit changement effectué au sein d'un système rigide entraîne une réaction en chaîne qui peut finir par changer le système tout entier* » (Watzlawick, 1980). L'action "moteur" peut prendre place à tout niveau dans l'organisation et relever, par exemple, de l'initiative d'un agent de direction ou de l'ingéniosité de quelques agents d'exécution. Michel Crozier explique, ainsi, qu'une organisation peut commencer à changer quand elle laisse davantage participer les agents des strates inférieures et s'appuie sur la capacité d'adaptation et d'innovation de ses composantes

de base. Le changement passe ainsi, selon lui, par une mobilisation accrue de l'ensemble des ressources humaines, par la valorisation de certaines compétences généralement peu utilisées, qui déclenche des formes d'apprentissage par la praxis. Dans cette perspective, le changement n'est pas imposé « d'en haut », mais s'élabore progressivement à partir des leçons de l'expérience et par l'empirisme. « *Les héros du changement ne sont [alors] plus des perfectionnistes, mais des réalisateurs et des empiristes* » (Crozier, 1966).

La difficulté pour les initiateurs d'actions qui sortent, même *a minima*, des cadres organisationnels, est toutefois de mener leurs projets, tout en continuant à assumer la réalisation des missions plus traditionnelles et quotidiennes. Les systèmes d'action administratifs bureaucratiques donnent, en effet, peu de liberté d'action à ceux qui y travaillent, même pas aux directeurs des organisations (Crozier, 1966). Les systèmes de carrière et de rémunération ne soutiennent, par la même, que peu les initiatives qui sortent des lignes tracées. On peut penser que l'introduction de nouvelles formes de pilotage contractuel et de modes de rémunération au mérite ou par des mécanismes d'intéressement en fonction des performances, peuvent contribuer à stimuler l'innovation du terrain et pousser les acteurs locaux à trouver des solutions innovantes à certains problèmes, à faire évoluer l'organisation du travail, pour améliorer la performance quant à la gestion des produits administratifs (Buisson, 2011). L'introduction du Nouveau management public (NPM), dans des organismes bureaucratiques, passe ainsi par la mise en place de mécanismes d'évaluation, d'incitation et de sanction des acteurs y travaillant, ainsi que l'explique François-Xavier Merrien dans son article « La nouvelle gouvernance de l'Etat social en France dans une perspective internationale » (Merrien, 2011). Encore s'agit-il aussi pour les organismes nationaux de considérer que les adaptations locales ne sont pas des palliatifs provisoires ou des entorses au règlement, mais des expériences innovantes capables d'apporter un progrès sur le long terme. Ce que ne permet pas nécessairement la culture du résultat, fondée sur une certaine forme d'instantanéité, qui vient potentiellement attiser des fonctionnements traditionnels pour ne pas déstabiliser les résultats quant aux principaux indicateurs de mesure de la performance et de la qualité de service.

Dans les processus d'apprentissage organisationnel, l'influence de l'environnement constitue une variable explicative centrale (Weick, 1969). L'environnement peut pousser au renouvellement, en faisant bénéficier l'organisation de ses propres avancées, en pointant des dysfonctionnements, en apportant aussi ses informations, connaissances et compétences

propres. L'environnement peut aussi agir comme lanceur d'alertes ou « levier d'influence », comme l'ont souligné des travaux plus récents portant sur les réformes administratives (Eymeri-Douzans et Pierre, 2011). Même si l'angle d'approche est différent et si l'ouvrage de Jean-Michel Eymeri-Douzans et Jon Pierre, *Administrative reforms and democratic governance*, propose une perspective comparée des réformes administratives dans différents pays, les auteurs soulèvent le rôle important joué dans les changements des organismes administratifs par de nouveaux acteurs, telles que les agences. En particulier, à travers les missions en matière d'évaluation et d'expertise qui sont les leurs. L'environnement est ainsi entendu dans une acception large et ne désigne, en l'occurrence, pas uniquement les autres organismes administratifs implantés sur un territoire.

Les échanges avec « *des intellectuels qui, de leur côté, baignent suffisamment dans l'action* » (Crozier, 1966) peuvent également initier l'apprentissage. J. Kenneth Benson suggère, quant à lui, qu'une relation dialectique peut s'établir entre des connaissances théoriques et des intérêts pratiques, les premières guidant potentiellement les acteurs dans leurs efforts pour comprendre l'organisation, ceux-ci faisant ensuite un lien avec leurs questionnements pratiques (Benson, 1983). Michel Crozier explique que les possibilités accrues de connaissance de l'action administrative et des phénomènes sociaux, tout comme le développement des pratiques de mesure des résultats et d'évaluation permettent d'interroger l'action et de faire apparaître ses conséquences pratiques et potentiels dysfonctionnements. Ces éléments peuvent alors donner une possibilité aux organisations de se renouveler, à condition néanmoins que ces résultats soient, *a minima*, communiqués et connus en leur sein.

Concrètement ce type de changement suppose l'apprentissage progressif d'un nouveau langage commun, l'acquisition de méthodes et de comportements différents, qui passent par des essais qui peuvent sembler parfois infructueux, mais qui participent néanmoins à faire avancer l'organisation. Les sociologues de l'action organisée indiquent que, même si les organisations avancent dans l'interaction avec leur environnement, ces éléments se diffusent ensuite « de l'intérieur », par des mécanismes de contagion. Les transformations se produisent, notamment, au fur à mesure que l'introduction de nouvelles méthodes, de modes de faire différents créent des contradictions au sein des organismes. Celles-ci apparaissent régulièrement lorsque des acteurs tentent de résoudre des problèmes nouvellement perçus, en conservant globalement les mêmes règles et les mêmes normes d'action. J.K. Benson explique que les contradictions alimentent le processus de construction des réponses organisationnelles,

en fournissant une source de tensions qui façonne une réflexion parmi les membres de l'organisation pour dépasser ces contradictions. Celles-ci traduisent aussi les limites qui nécessitent d'être franchies pour répondre aux problèmes, tout en continuant à mener les autres missions (Benson, 1983).

Il est important de souligner que si les conditions du changement sont multiples, sa nature peut également être différente. Ainsi Paul Watzlawick distingue-t-il le changement de type 1, relatif à la modification d'un élément du système organisationnel ou d'un choix. Il s'apparente à un changement de surface et se différencie du changement de type 2, consistant dans un remaniement plus profond des règles du système, qui tend à amener celui-ci vers un nouvel équilibre et à transformer son référentiel d'action (Watzlawick, 1980). Dans ce second cas, il ne s'agit plus de varier les solutions à un même problème, mais de changer la perception du problème pour amener une nouvelle compréhension de la réalité. Paul Watzlawick indique que le changement de type 1 peut être un passage nécessaire avant le changement de type 2. Il en est fréquemment la condition.

Concernant le non-recours à la CMU-C et à l'ACS, le changement de type 1 peut relever de l'introduction de pratiques nouvelles pour les CPAM, comme cela a été le cas dans les CAF. Par exemple, des pratiques de prospection des bénéficiaires potentiels pour les inciter à demander leurs droits. Ce qui nécessiterait, en outre, pour les agents de mobiliser différemment les outils informatiques de support afin de procéder à la détection des potentielles situations de non-recours. Les évolutions peuvent concerner, par la même, les procédures d'information et d'accompagnement des ressortissants, pour lever les obstacles que rencontrent les personnes dans leurs démarches d'accès. Cela engagerait des transformations quant à l'organisation du travail dans les caisses, par un décroisement de l'action des services administratifs et sociaux, ou quant aux modalités de collaboration avec d'autres organismes, pour repérer les situations de non-recours de manière suffisamment précoce pour éviter une dégradation des situations personnelles. Le développement d'actions pour limiter le non-recours viendrait alors aussi travailler les compétences des agents : la spécialisation laissant progressivement place à la polyvalence pour percevoir la situation des assurés de manière plus globale et cerner leurs potentielles difficultés dans l'accès aux droits.

Dans cette perspective, la réponse, et la prévention, au non-recours à la CMU-C et à l'ACS tendraient à s'organiser en parallèle des autres missions traditionnelles des CPAM, mais en

tout cas dans une même logique productive visant l'efficacité et l'efficience du service. A côté des missions relatives au service de base rendu aux assurés - affiliation à l'Assurance maladie obligatoire (AMO), remboursement des soins et paiement des indemnités journalières -, se positionneraient celles portant sur la gestion des droits ciblés pour les assurés qui ne disposent pas d'une complémentaire santé, ce qui fragilise potentiellement leur accès aux soins. La gestion efficace et efficiente des droits ciblés CMU-C et ACS peut, selon nous, s'inscrire dans une tendance plus générale de l'Assurance maladie, à apporter des réponses spécifiques à ceux de ses assurés dont la situation administrative, médicale et/ ou sociale peut engendrer des difficultés dans l'accès aux soins et une dégradation de l'état de santé.

Ce type de changements engagerait une évolution de la posture d'action des organismes de l'Assurance maladie : de l'attente des usagers et de leurs demandes, les CPAM tendent, dans ce cadre, à aller davantage au devant de ceux-ci, s'ils ne viennent pas au guichet. Ce qui suggèrerait une prise de conscience de la « non-captivité » des administrés et une sortie de la représentation du public comme venant nécessairement chercher ses droits. Le public se conjuguerait, par la même, au pluriel, son uniformité n'étant plus un postulat tenable. L'action des caisses a déjà vocation à se différencier en fonction des situations de fragilité et des difficultés particulières rencontrées par certains assurés dans l'accès à leurs droits et aux soins. Plus globalement, la prise en compte du non-recours supposerait donc, pour l'Assurance maladie, une évolution des représentations du partage des responsabilités entre les Caisses primaires et leurs ressortissants. Ces derniers n'auraient plus unilatéralement la responsabilité de se rapprocher des organismes, au prétexte que « nul n'est censé ignorer » la loi. On peut alors imaginer que les CPAM se limitent de moins en moins à assurer une présence minimale pour informer les demandeurs potentiels, en considérant que la décision finale relève uniquement de la responsabilité de ces mêmes demandeurs (Van Oorschot, 1996). A travers l'incorporation progressive du non-recours et les tentatives de certains agents d'apporter des réponses innovantes, ce serait bien la relation entre les CPAM et leurs usagers potentiels, encore souvent du type « à prendre ou à laisser », qui tendrait à évoluer.

Des changements de type 1 peuvent ainsi engager un mouvement de bascule vers une modification plus profonde de la représentation des missions de l'Assurance maladie et de ses normes d'action les plus structurantes. Notamment parce qu'ils peuvent engendrer, dans les CPAM, des contradictions et des tensions pour tenir, tout à la fois, les engagements de productivité sur le service de base et la mise en place d'actions auprès des populations

fragiles. On peut imaginer qu'un changement de type 2 découlerait, peu à peu, de ces évolutions et de ces contradictions dans les systèmes d'action, amenant le non-recours à devenir une catégorie d'action à part entière de la branche Maladie. Dans cette optique, le non-recours serait perçu comme un axe structurant l'ensemble de l'activité des caisses à destination des assurés : il deviendrait un risque auquel chaque assuré est exposé ou peut-être exposé, au cours de son existence. Ce risque serait pris en compte par l'Assurance maladie parce qu'il pourrait avoir des conséquences sur l'accès aux soins, leur utilisation et l'état de santé des personnes. Il pourrait donc entraîner des dépenses supplémentaires en terme de santé.

En ce sens, on peut imaginer que la réalisation de la gestion du risque maladie se restructure autour de l'existence de ce risque, non plus uniquement pour les plus fragiles, mais pour chaque assuré. Il ne s'agirait alors plus de dire qu'il y a des publics avec des situations « normales » et d'autres avec des situations complexes ou fragiles, et de tenter de faire cohabiter des réponses différentes pour ces catégories d'assurés. Il s'agirait de partir du postulat, qu'au regard des nouvelles situations par rapport à l'emploi, de la nature des droits proposés par l'Assurance maladie et de l'évolution des conditions d'affiliation, il peut exister, de manière permanente, pour chaque assuré un risque potentiel de non-recours aux droits complémentaires, mais également aux droits de base. En ce sens, les CPAM ne mèneraient plus des actions différenciées relatives au service de base et des actions à destination des plus fragiles, mais organiseraient le travail pour accompagner chaque assuré dans un parcours d'accès à ses droits et aux soins, en anticipant, au long cours, les possibles situations de non-recours, les potentielles ruptures et autres incompréhensions.

Si effectivement c'est au travers du changement produit qu'une catégorie émergente peut trouver son sens ou sa portée sociale et politique, ouvrons sans plus tarder l'histoire du non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée, de façon à pouvoir conclure sur la valeur potentiellement paradigmatique de ce phénomène, une fois socialement construit. Cette thèse servira alors à répondre à la question suivante : à quoi sert la construction du non-recours comme catégorie d'action et que transforme-t-elle ? Son résultat sera nécessairement limitée au terrain retenu, mais l'éclairera néanmoins de manière fine et approfondie. Ainsi, au travers d'une approche par le non-recours aux droits, il sera question de l'évolution même de l'Assurance maladie dans ses logiques d'action les plus structurantes et dans son rapport aux

assurés, évolution qu'il aurait pu être, selon nous, difficile de mettre en exergue en dehors d'une telle approche.

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Notre méthodologie relève d'une forme d'ethnographie que l'on peut définir comme une enquête directe par interconnaissance dans un milieu, enquête mêlant généralement observation participante et entretiens (Bélorgey, 2012). L'ethnographie engage l'établissement d'une relation de familiarité avec le terrain étudié, une attention portée au contexte et une forme de réflexivité. L'objet de l'enquête tout comme le travail de l'enquêteur sont importants à décrypter (Beaud et Weber, 1997). Pour cette raison, nous avons préalablement pris le temps dans cette introduction d'explicitier le rapport entretenu à notre objet et notre manière de « l'attraper ». Nous revenons ici sur les méthodes qui ont été les nôtres. Pour construire ce travail et procéder à l'analyse du processus d'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée, nous avons choisi de multiplier les pistes d'enquêtes de manière à accumuler des matériaux pertinents et à sédimenter progressivement des résultats. C'est par l'accumulation et le recoupement de matériaux inductifs, fragments de la réalité sociale, que nous avons choisi d'administrer la preuve (Payre et Pollet, 2013). Nous sommes partie du principe selon lequel « *chaque singularité est porteuse d'une partie du processus que l'on veut analyser* » (Payre et Pollet, 2013) et que leurs recoupements amènent à saisir la globalité de ce processus. Il s'est ainsi agi de comprendre au fur et à mesure la manière dont les événements sont reliés et ce qui fait le liant entre les séquences de l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire.

Trois méthodes d'enquête ont été mobilisées dans ce travail : l'analyse de sources documentaires, de type archivistiques pour certaines, qui nous a aidée à déterminer les ressorts passés du présent, à surmonter aussi la distance temporelle qui nous séparait de certaines séquences de l'émergence du non-recours et des enquêtés (Buton et Mariot, 2009). Par l'observation participante, nous avons voulu saisir l'histoire de cette émergence en train de se faire, saisir des contextes d'action, des pratiques, dans toute leur subtilité. Les entretiens nous ont, d'une certaine manière, permis de tisser les liens entre une histoire passée et une histoire en cours. Ils nous ont donné à voir les enjeux associés au non-recours à la complémentaire et les représentations sociales qui viennent problématiser le phénomène.

En premier lieu, explicitons les dimensions documentaires de notre méthodologie. Nous avons fait usage de documents issus des archives des organismes pris en compte dans l'analyse et des archives personnelles de certains acteurs scientifiques et administratifs. Ces dernières ont été un point d'appui majeur. C'est le cas des documents personnels d'un ancien directeur du Fond CMU qui ont nous ont permis de comprendre la naissance d'un intérêt pour le non-recours dans cet organisme et sa stratégie pour orienter le regard d'autres acteurs de la protection maladie sur le phénomène. C'est le cas aussi des archives de l'ex-directeur de la CPAM de Grenoble relatives à une expérimentation conduite par la Caisse primaire dans les années 1960. Ces documents « d'époque » nous ont aidée à percevoir des tentatives ratées de changement de la Caisse primaire, les conséquences de celles-ci sur ses fonctionnements présents et sur « l'invisibilisation » du non-recours. Plus globalement, dans notre travail documentaire, nous avons mobilisé des rapports administratifs : en particulier les rapports d'activités et d'évaluation du Fonds CMU, les rapports d'activité de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les rapports annuels du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ainsi que les notes et avis que le Haut conseil rédige régulièrement. L'usage d'une documentation que nous qualifions d'intermédiaire a parallèlement été essentielle : nous pensons ici aux comptes rendus de réunions, aux lettres de mission rédigées par une direction en direction de ses agents, aux cahiers des charges internes à des organismes et relatifs à des projets sur le non-recours, aux synthèses « officieuses » produites par des acteurs ou des services, aux supports de type « power point » élaborés pour des réunions. Le travail documentaire s'est aussi fortement appuyé sur de la littérature grise : les notes informelles prises par des acteurs lors de réunions, de colloques ou autres séminaires, les courriers rédigés par les uns à l'attention des autres, les réflexions écrites sur des projets et expérimentations passés ou présents, réflexions plus élaborées que de « simples » notes, et que certains ont accepté de mettre à notre disposition.

Au cœur de notre méthodologie se trouve également l'observation participante, dont on peut souligner d'emblée deux idées maîtresses : le chercheur participe à certaines activités du groupe étudié pour que sa présence soit acceptée et qu'il puisse collecter des données ; le degré d'immersion est variable et le degré d'acceptation par le terrain également. Georges Lappassade, sociologue et philosophe, a décrit ainsi l'observation participante : « *le chercheur s'efforce d'acquérir un statut à l'intérieur du groupe ou de l'institution qu'il étudie. Ce statut va lui permettre de participer activement aux activités comme un membre, tout en maintenant une certaine distance : il a un pied ici et l'autre ailleurs* » (Lappassade, 1998). « *Donnant*

accès à ce qui se cache, permettant de retracer l'enchaînement des actions et des interactions, ou encore de saisir ce qui ne se dit pas ou « ce qui va sans dire » » (Chauvin et Jounin, 2010), l'observation participante nous est apparue comme particulièrement pertinente pour comprendre l'émergence du non-recours.

Elle fournit en effet au chercheur un accès privilégié à des informations inaccessibles par d'autres moyens et permet de comprendre des mécanismes difficilement décryptables pour quiconque est en situation d'extériorité. Elle donne en l'occurrence une possibilité d'étudier les acteurs sociaux, leurs pratiques, fonctionnements et interactions par l'entremise d'une relation de longue durée avec eux (Olivier De Sardan, 2001). Erving Goffman explique en effet *« il n'est pas un groupe (...) où ne se développe une vie propre qui devient signifiante, sensée et normale dès lors qu'on la connaît de l'intérieur. C'est donc un excellent moyen de pénétrer des univers que de se soumettre au cycle des contingences qui marquent l'existence quotidienne de ceux qui y vivent »* (Goffman, 1968)¹⁷. Si l'observation participante permet de saisir les subtilités du terrain, elle fait néanmoins courir le risque de manquer de recul et de perdre en objectivité. Il n'est pas rare que les promesses de cette méthode se dérovent sous les pieds du chercheur, entraîné dans les activités quotidiennes de son terrain (Wacquant, 2000) et pris dans les liens affectifs qu'il entretient parfois avec ses enquêtés. Nous allons y venir nous concernant.

De manière générale, l'observation participante désigne un processus : depuis l'entrée du chercheur sur le terrain quand il en négocie l'accès, jusqu'au moment où il le quitte. Avant d'explicitier davantage notre entrée et notre positionnement durant nos phases d'observation participante, éclairons concrètement la manière dont nous travaillions alors. Nous prenions des notes lors des réunions ou lors d'échanges plus informels, essayant de capter des fragments de phrases, des allusions, des indices, autant d'éléments qui pour tout autre personne auraient certainement été insignifiants. Nous compilions rapidement les informations recueillies dans des carnets de terrain. Lorsque cela était possible et avec l'accord des enquêtés, nous enregistrions les discussions, les échanges entre les acteurs administratifs, les conversations que nous avions ensemble. Ainsi que l'explique Cécile Blondeau, évoquant son travail de recherche dans une boucherie, le chercheur en situation d'observation participante développe aussi une mémoire spécifique, dépassant parfois en

¹⁷ Traduction française en 1968 de Liliane et Claude Lainé.

précision la mémoire des notes prises par écrit (Blondeau, 2002). Nous partageons ce point de vue.

Notre mode d'entrée sur le terrain mérite d'être convoqué pour comprendre le positionnement qui a été le nôtre durant l'observation participante, les avantages qui en ont découlé pour effectuer cette thèse et les contraintes auxquelles nous avons très rapidement été exposées. L'ouverture du terrain s'est faite à l'occasion de notre stage de master 2 d'Evaluation des politiques publiques comme nous l'avons préalablement souligné. Durant ce stage, nous avons effectué, pour le Fonds CMU, un état des lieux du non-recours à la CMU-C des allocataires du RMI dans la circonscription grenobloise. Bien que supervisé par l'ODENORE, ce stage nécessitait notre positionnement dans une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En effet, produire de la connaissance sur le non-recours, phénomène peu visible, demande de disposer d'un accès à des ressources informationnelles. Nous aurons l'occasion de développer longuement ce point au cours de la thèse. Dans le cas de l'état des lieux du non-recours à la CMU-C, la ressource choisie était le système d'informations d'une CPAM. Pour le mobiliser, il nous fallait toutefois disposer d'habilitations spécifiques. Habilitations qui ne pouvaient nous être données que si nous étions salariée par une Caisse primaire. Celle de Grenoble nous a donc embauchée pendant six mois afin que nous puissions utiliser son système d'informations et effectuer l'étude pour le Fonds CMU. Nous avons donc passé six mois au cœur du service CMU de cette CPAM, six mois au cours desquels nous avons réalisé l'étude, mais également commencé à observer les fonctionnements de cet organisme local d'Assurance maladie. Se sont alors dessinés des questionnements intéressants pour un travail de thèse sur le non-recours et la branche Maladie de la Sécurité. Nous voulions comprendre comment un organisme du type de celui de la CPAM se positionnait par rapport au non-recours aux droits, les conditions administratives d'observation du phénomène et les usages éventuels de la connaissance produite sur le phénomène par les acteurs administratifs.

La condition centrale pour engager ce doctorat était toutefois de faire perdurer les relations tissées avec la CPAM et d'ouvrir ainsi un accès durable au terrain. Notre idée avec l'ODENORE était en effet de construire des données sur le non-recours à la complémentaire pour notre thèse à partir des systèmes d'informations de l'organisme. La Caisse primaire, intéressée par les perspectives méthodologiques d'observation du non-recours esquissées par notre stage, a accepté de « nous ouvrir ses portes » plus durablement. Ghislaine Gallenga dans son article « Une ethnologue dans la grève », paru en 2005, indique que les rapports de

négociations sont fréquents en ce qui concerne l'observation participante pour qu'enquêteurs et enquêtés trouvent leur compte dans cette interaction spécifique (Gallenga 2005). Afin d'organiser la collaboration, l'Institut d'études politiques (IEP) de Grenoble, a signé une convention scientifique avec la CPAM, dans laquelle étaient explicités notre usage des bases de données, la réalisation d'observations ainsi que la possibilité pour la CPAM d'utiliser certaines des informations produites dans le cadre de la thèse. Rapidement, notre travail s'est inscrit dans le cadre d'une expérimentation engageant plusieurs acteurs administratifs locaux - CPAM, Caisses d'allocations familiales (CAF) et Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT)¹⁸- et l'ODENORE, expérimentation visant à repérer le non-recours à la complémentaire à partir d'échanges de données entre les organismes de Sécurité sociale. Nous reviendrons sur cette expérimentation qui participe de l'institutionnalisation du non-recours.

Nous avons ainsi commencé le travail de terrain de notre thèse et entamé une phase d'observation participante de près de deux ans au cœur d'un organisme local d'Assurance maladie. Nous avons plus spécifiquement suivi l'expérimentation relative au non-recours, les Comités de pilotage auxquels participaient les acteurs précités et l'ensemble des réunions relatives au projet. Très vite, notre travail sur les bases de données, nos observations en la matière, nos tentatives pour produire de la connaissance sur le non-recours sont devenus le cœur de cette expérimentation nous plaçant dans une position spécifique et originale. Position d'autant plus spécifique que l'outil de repérage du non-recours qui a finalement découlé de nos investigations a fait l'objet d'une généralisation par les acteurs nationaux de la protection maladie afin d'être utilisé par toutes les CPAM en France.

Cette reprise de l'outil, que nous avons avec l'ODENORE protégé par le dépôt d'une enveloppe Soleau auprès de l'Institut national de la propriété intellectuelle (INPI), nous a ouvert de nouveaux terrains pour notre recherche. Elle a fait évoluer nos questionnements et hypothèses et contribué à nous donner envie d'analyser les raisons de cette généralisation, les usages de cet outil et leurs conséquences quant à la prise en compte du non-recours à la complémentaire par l'Assurance maladie. Cette reprise nous a amenée à suivre le cheminement de l'outil vers les instances nationales et à mener un travail d'observation participante de plusieurs mois au sein de la CNAMTS. Plus spécifiquement dans le groupe de travail « accès aux soins et aux droits des publics précaires » qui a été chargé de la

¹⁸ Rappelons que les CARSAT ont remplacé en 2009 les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).

généralisation de l'outil, puis du suivi de ses usages par les CPAM en France. Dans ce groupe, nous avons donc été en contact avec plusieurs directions de la CNAMTS (direction générale de l'Organisation des soins, de la Réglementation, des Opérations, de l'Action sociale, mission Conciliation), ainsi qu'avec plusieurs CPAM, Paris et Lyon en particulier. La reprise de l'outil nous a également permis d'engager des échanges avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Nous avons suivi ses travaux sur l'ACS et eu accès, par son intermédiaire, aux documents élaborés dans le cadre du groupe de travail relatif à l'aide à la mutualisation piloté par la Direction de la Sécurité sociale (DSS), groupe auquel participait la CCMSA.

La première expérimentation effectuée en Isère sur le non-recours a permis également à l'ODENORE de réaliser plusieurs études et expérimentations avec d'autres acteurs de l'Assurance maladie, en particulier avec le Service social de la CARSAT Rhône-Alpes et la CPAM des Alpes de Haute Provence. Notre positionnement à l'ODENORE -notre thèse étant dirigée par Philippe Warin responsable de l'Observatoire- nous a conduite à observer le déroulement de ces travaux, leurs raisons d'être et leurs enjeux, l'appropriation par les acteurs administratifs de la connaissance sur le non-recours, la manière dont ces études et expérimentations participaient potentiellement de l'émergence du non-recours en France. Nous avons parallèlement pu réaliser dix jours d'observation participante à la CPAM des Alpes de Haute Provence. Nous avons de cette manière bénéficié de matériaux complémentaires pour notre thèse.

S'il nous a ouvert de nouvelles perspectives de recherche et un accès à des terrains, l'intérêt porté à l'outil par les acteurs de l'Assurance maladie nous a placée dans une position quelque peu différente de celle initialement envisagée. Nous avons peu à peu été davantage dans la position d'un « participant observateur », que d'un « observateur participant » (Soulé, 2007). L'inversion dans la formulation n'est pas anecdotique, ni uniquement terminologique, mais renvoie à la question du degré de participation du chercheur sur ses terrains et à son implication dans leurs activités. Le fait que nos travaux sur l'observation du non-recours soient très vite inscrits dans une expérimentation impliquant plusieurs acteurs administratifs, couplé à la reprise et à l'utilisation de l'outil par la CNAMTS pour intervenir sur le non-recours -nous y reviendrons- ont engagé une évolution de notre positionnement quant au travail de terrain mais aussi par rapport à notre objet. Nous sommes devenue un participant observateur, dont l'investissement sur le terrain était actif et prolongé (Pinçon et Pinçon-

Charlot, 2005). Des questions majeurs en ont découlé : comment être à la fois plus fortement partie prenante du jeu social et resté un observateur distancié ? Comment gérer les risques accrus de subjectivation ? Ces interrogations sont fréquentes concernant l'observation participante. Alors que des chercheurs ont préconisé une observation modérée pour ne pas être obnubilé par l'action (Adler et Alder, 1987), d'autres ont souligné la nécessité d'une implication totale sur le terrain et dans les activités de celui-ci (Favret-Saada, 1990).

Le travail méthodologique conduit sur le non-recours était nécessaire pour élaborer de la connaissance quantifiée et qualitative sur le phénomène, pour comprendre précisément dans quelles conditions les systèmes d'informations d'une CPAM pouvaient permettre son observation et ce que cette observation, et la connaissance en découlant, changeait potentiellement pour l'Assurance maladie. Ce travail méthodologique a par ailleurs créé la possibilité de l'observation participante. Cependant, l'intérêt fort qui lui a été porté par les acteurs de la protection maladie a été une source de complexité quant à nos rapports avec le terrain. Dès le départ nous avons fait le choix d'une observation « ouverte et non clandestine », comme en témoigne la convention scientifique signée par l'IEP et la CPAM de Grenoble. Bien que connu en tant qu'observateur extérieur et que rappelant régulièrement nos « objectifs » de recherche, le travail méthodologique relatif au non-recours et effectué avec les agents des caisses, puis son usage pour l'action, ont fait peu à peu « oublier » aux acteurs administratifs notre statut de chercheur et le fait que participer à l'outillage du non-recours était pour nous prioritairement un terrain de thèse. Par conséquent, une source de notre analyse concernant l'émergence du non-recours à la complémentaire et son institutionnalisation en France. Le rôle que nous attribuaient les acteurs administratifs nous demandait une attention permanente pour ne pas devenir « indigène » (Beaud et Weber, 1997), pour garder une distance suffisante entre « eux » et « nous » et pour neutraliser les effets de notre participation quant à l'objet de recherche.

La reprise de l'outil par les acteurs nationaux de la protection maladie nous a par la même propulsée au cœur de conflits entre des acteurs administratifs s'attribuant la paternité de cet outil et voulant surtout en contrôler les usages. Au cœur de ces conflits, le chercheur observateur n'était pas toujours le bienvenu et devenait pour certains un espion chargé de suivre l'outil ou un concurrent pouvant potentiellement revendiquer sa paternité. Des questions d'éthique nous sont apparues, nous confrontant à l'attachement contradictoire entre les valeurs liées aux relations avec le milieu scientifique et avec celui de l'immersion.

Impression d'être instrumentalisée, sentiment de trahison, volonté de ne pas fermer des portes pour des terrains ultérieurs, pour nous ou l'ODENORE, se sont côtoyés.

Nous avons cherché comment dans ce contexte continuer à faire notre travail scientifique. Everett Cherrington Hughes évoque « *le travail d'émancipation du chercheur qui fait de l'observation participante* », lui permettant de trouver et de conserver « *un équilibre entre détachement du terrain et participation* » (Hughes, 1996). Selon lui, « *il faut être observateur à temps partiel, c'est à dire participant en public et observateur en privé* » (Hughes, 1996)¹⁹. D'après lui, il est parallèlement indispensable de restituer, durant le travail de terrain, des résultats, des analyses, pour expérimenter les réactions des enquêtés et les conséquences éventuelles sur l'objet. Ce faisant, le chercheur s'émancipe, se distancie et réintègre en permanence l'ensemble des points de vue utiles pour analyser son objet. Pour comprendre l'émergence et l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire, il nous fallait être en capacité d'analyser les raisons de l'investissement des acteurs administratifs dans la production de connaissances sur le non-recours, les effets de la connaissance une fois produite et ses usages. Ceci également afin de comprendre la forme prise par le non-recours et ce que les acteurs de la protection maladie « fabriquaient » en se saisissant du phénomène. L'analyse passait donc pour nous par la restitution de nos résultats de recherche concernant l'outillage du non-recours et concernant son ampleur et ses causes. L'ensemble de ses causes. Ce faisant et si cela contribuait à notre émancipation, il était clair que certains résultats dévoilaient, voire allaient à l'encontre, des stratégies des acteurs administratifs, pointaient des dysfonctionnements ou mettaient en lumière certains aspects du non-recours que les acteurs de la protection maladie auraient préféré ignorer. Ainsi si la restitution « publique » de l'observation « privée » évoquée par E.C. Hughes, permet l'émancipation et emporte une préservation des aspects scientifiques de l'observation participante, elle peut par la même induire une complexité accrue dans les relations avec le terrain.

Même si le chercheur n'avance pas en « sous-marin » et affiche dès le départ son statut, il nous semble que tant qu'il ne commence pas un travail de restitution de ses résultats, de publication aussi, les acteurs de terrain ont des difficultés à le percevoir comme un chercheur observateur. Ce qui facilite d'ailleurs certainement ses relations avec le terrain. Mais quand les acteurs de terrain « découvrent » le travail du chercheur à travers ses écrits ou ses

¹⁹ Textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie.

présentations orales, lorsqu'ils prennent conscience que la nécessité d'objectivité du travail scientifique amène le chercheur à restituer l'ensemble des points de vue, à recouper les subjectivités, à mettre en exergue l'ensemble des facettes et des enjeux sociaux d'un phénomène, la tension s'accroît. Nous concernant, la tension s'est accrue, l'accès au terrain a été progressivement plus difficile jusqu'à se refermer. Par la même, l'usage de l'outil créé pour informer le non-recours à la complémentaire nous a progressivement échappé. Rappelons cette formule de G. Lappassade : le chercheur qui fait de l'observation participante « *a un pied ici et l'autre ailleurs* » (Lappassade, 1998). Quand le terrain prend véritablement conscience que le chercheur n'a pas les deux pieds dans les mêmes activités que lui, les relations peuvent se durcir. La sensibilité des enquêtés peut rendre l'interaction engagée entre eux et le chercheur encore plus complexe. En ce sens, les injonctions paradoxales d'observation et de participation entraînent une gymnastique permanente de positionnement, de repositionnement et de présentation de soi. Pour autant, la présentation de soi ne suffit pas toujours à transformer les représentations que le terrain se fait du chercheur et de son travail. Et la vigilance du chercheur quant à son rôle ne parvient pas toujours à neutraliser ses effets sur l'objet. Mais, comme l'indique Bastien Soulé, sociologue, dans son article « Observation participante ou participation observante ? », si le chercheur altère ce qu'il observe, ces altérations font peut-être pleinement partie de l'objet. Ainsi et plutôt que de tenter de minimiser les effets de l'enquête, il est en premier lieu nécessaire d'en prendre pleinement conscience (Emerson, 2003).

La mise à distance des matériaux issus de l'observation participante, la volonté de comprendre également leurs effets sur notre objet, nous ont amenée à utiliser une troisième méthode dans ce travail. Nous avons ainsi effectué des entretiens qualitatifs auprès d'acteurs administratifs (annexe 1). Ceci en premier lieu pour nous extraire de l'engagement pratique déployé à travers l'observation participante et pour croiser les subjectivités concernant l'expérimentation relative à l'outillage du non-recours à la CMU-C et à l'ACS. Nous avons conduit des entretiens semi-directifs auprès des acteurs locaux impliqués dans l'expérimentation, en nous appuyant sur un guide qui a évolué au fil des rencontres. Nous nous sommes entretenue avec les agents de direction de la CPAM de Grenoble, de la CPAM de Vienne, de la CAF de Grenoble ; avec les responsables du service social de la CARSAT Rhône-Alpes ; enfin avec les agents de ces organismes ayant participé à l'outillage du non-recours. Nous avons aussi réalisé un entretien avec le responsable de l'ODENORE.

Afin de contextualiser l'émergence du non-recours à la complémentaire et de déterminer les enjeux organisationnels et politiques qui lui sont associés, nous avons également mené des entretiens avec des acteurs nationaux de la protection maladie concernés par la CMU. Nous nous sommes laissée guider par les acteurs pour « sélectionner » au fur et à mesure nos enquêtés, en fonction des noms apparus dans les entretiens et de l'avis des acteurs concernant « *ceux qui étaient intéressants à rencontrer sur notre problématique* »²⁰. Ainsi avons-nous interviewé : les agents de direction du Fonds CMU, des agents des directions de l'Organisation des soins et de la Réglementation, une chargée de mission « qualité » et un chargé de mission « accès aux droits » de la CNAMTS, des agents de direction de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ainsi qu'une de ses chargées de mission ACS, un des présidents du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), un des directeurs de la Sécurité sociale au ministère de la Santé et un des directeurs de l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S). Suite à la phase d'observation participante dans le groupe de travail « accès aux droits et aux soins » de la CNAMTS, nous avons réalisé des entretiens auprès des agents de direction des CPAM membres du groupe. Une série d'entretiens a enfin été conduite à la CPAM des Alpes de Haute Provence qui a effectué plusieurs études sur le non-recours à la complémentaire avec l'ODENORE.

Dans cette thèse, nous avons hiérarchisé l'usage de nos entretiens. Nous avons utilisé certains dans un but principalement informatif pour comprendre le positionnement des organismes et des acteurs collectifs par rapport au non-recours à la complémentaire. Pour la plupart cependant, nous les avons mobilisés pour capter les enjeux associés au non-recours, les représentations quant à son ampleur et à ses causes et les raisons de l'intérêt ou du désintérêt des acteurs pour cette question. Il s'est agi de mettre ces éléments en résonance avec les positions objectives des acteurs dans les organismes, avec leurs trajectoires professionnelles et leurs convictions individuelles. En procédant à une analyse thématique, nous avons également catégorisé les principaux enjeux associés au non-recours à la complémentaire et repéré la manière dont ils se distribuaient entre les acteurs. Cela a été nécessaire pour déterminer ce qui rend le phénomène problématique aux yeux des acteurs du champ de la protection maladie. C'est par la même en ré encastrant ces enjeux dans des contextes normatifs, en les mettant en perspective avec le contexte législatif de ce champ qu'il a été possible de saisir le travail de problématisation du non-recours à la CMU.

²⁰ Extrait de l'entretien avec Claude Bigot, directeur de l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), juin 2008.

ANNONCE DU PLAN

Dans cette thèse, nous avons fait le choix analytique d'une mise en récit du processus d'émergence et d'institutionnalisation du non-recours à la Couverture maladie universelle. Nous ne nous sommes ainsi pas complètement affranchie d'une forme de narration, dans la mesure où nous pensons celle-ci utile pour comprendre comment la question du non-recours s'est peu à peu posée, les ressorts de sa problématisation et de l'élaboration d'un cadre d'action venant transformer les pratiques et l'organisation du travail de l'Assurance maladie. Afin de saisir finement l'ensemble des mécanismes participant à l'institutionnalisation du non-recours, nous avons donc fait le choix de proposer une structuration en neuf chapitres, s'intéressant tour à tour à des acteurs qui ont joué un rôle majeur dans ce processus, à des contextes qui nous paraissent importants à décrypter pour situer les enjeux du phénomène dans le champ de la protection maladie et à des séquences d'action qui ont mené à l'élaboration d'un traitement du non-recours à la complémentaire publique au sein de la branche Maladie.

Le premier chapitre a vocation à présenter l'acteur qui a initié un intérêt pour la question du non-recours à la CMU en France : le Fonds CMU, organisme créé par loi du même nom et installé en 2000. Sa caractérisation nous paraît essentielle pour comprendre comment il a impulsé le processus de prise en compte du phénomène. Nous verrons que c'est parce qu'il s'apparente à « une agence mixte d'Etat », effectuant une mission de financement mais également d'analyse et d'évaluation de la CMU, qu'il a peu à peu réussi à orienter le regard d'autres acteurs de la protection maladie sur le non-recours.

Après avoir caractérisé cet acteur, nous entrerons pleinement avec le second chapitre dans le processus d'émergence du non-recours et analyserons les raisons pour lesquelles un acteur individuel au sein du Fonds a œuvré pour lever le voile sur cet angle mort de l'analyse de la CMU. Nous verrons que pour cet acteur le non-recours s'encastre dans une logique évaluative et vient pointer les effets pervers de la mise en œuvre d'un dispositif ciblé pour garantir le droit à la protection de la santé des populations démunies. Il s'agira de comprendre comment, dans les années 2003-2004, cet acteur « convaincu » arrive à emporter la conviction d'autres acteurs pour financer des études sur le non-recours.

Le troisième chapitre viendra contextualiser l'intérêt croissant porté au non-recours par les acteurs de la protection maladie et la période durant laquelle se forme un consensus pour

étudier le phénomène. Nous montrerons que la réforme de l'Assurance maladie de Philippe Douste-Blazy de 2004, en renforçant les mécanismes de participation financière des patients aux frais de santé, attise l'attention portée à l'accès à la complémentaire des plus démunis. Cette voie est celle que les pouvoirs publics ont choisi de suivre depuis plusieurs décennies pour tenter de limiter les inégalités d'accès aux soins ; la réforme de 2004 confirme cette direction.

Dans le quatrième chapitre, nous reviendrons sur les dispositifs hétérogènes d'aide à la mutualisation qui ont été créés en France au début des années 2000 pour atténuer l'effet de seuil de la CMU C. Nous verrons que la réforme Douste-Blazy consacre ce type de protection en instaurant une aide nationale à la mutualisation et expliquerons que ce choix provoque de nombreuses critiques, le principe de cette aide faisant l'objet de multiples controverses organisationnelles et politiques. Ce type de dispositif emporte en effet des choix spécifiques quant à la répartition des rôles entre les acteurs publics de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les acteurs privés de l'Assurance maladie complémentaire (AMC). Nous démontrerons que l'émergence du non recours s'enchaîne dans la tourmente relative à l'aide à la mutualisation mise en place nationalement en 2004.

Nous verrons, dans le chapitre cinq, que pour apaiser les tensions, les instances de décision du Fonds, dans lesquelles sont présentes toutes les parties prenantes de la CMU, font le choix de produire de la connaissance quantifiée et qualitative sur le non-recours. Ceci afin d'étayer plus solidement le débat relatif aux modalités de la protection maladie des populations démunies. Nous montrerons que les choix *a priori* méthodologiques pour « donner à voir » le phénomène sont en fait surplombés par des considérations stratégiques fortes. Le Fonds CMU tend notamment à réaliser une étude avec une CPAM afin de positionner le non-recours au cœur de la branche Maladie dont l'intérêt pour le sujet reste timide. Cette stratégie est l'occasion de jeux d'alliance avec certains acteurs de la CNAMTS et avec des acteurs scientifiques.

Le chapitre six reviendra sur les résultats des études financées par le Fonds CMU et sur leurs usages par les acteurs de la protection maladie. Nous soulignerons que leur incorporation sélective dans la troisième évaluation de loi CMU vient soutenir un argumentaire concernant le rapport des ressortissants de la complémentaire gratuite ou aidée à leurs droits. Il s'agit de signifier « le manque » d'effectivité du bloc CMU C/aide à la mutualisation, de positionner le

non-recours face à la fraude et de renvoyer la responsabilité d'un traitement général de ces problématiques vers les gestionnaires de la complémentaire publique. En parallèle, nous montrerons que la réalisation de l'une des études dans une CPAM amorce une évolution de la perception du phénomène par la direction de cet organisme. Le non-recours lui apparaît comme un levier potentiel pour améliorer la gestion des droits CMU et pour renforcer sa performance quant à leur effectivité. L'organisme s'engage alors dans une expérimentation visant à repérer le non-recours à partir de son système d'informations.

Le chapitre sept explicitera les raisons et les enjeux de cette expérimentation locale. Nous montrerons que même si le projet s'élabore autour d'une idée initiale précise, les objectifs et les enjeux expérimentaux sont multiples et très différents en fonction de la nature des acteurs impliqués. Entre enjeux de connaissance et d'intervention sur le non-recours, nous expliquerons que le maintien d'une ambiguïté a permis à des acteurs administratifs et scientifiques d'avancer ensemble et de poser les bases de l'outillage informatique du non-recours. Ce faisant c'est l'une des conditions de l'institutionnalisation du phénomène dans la branche Maladie qui s'est dessinée.

Le chapitre huit analysera le processus d'outillage par les expérimentateurs locaux. Nous verrons que les conditions dans lesquelles l'outil de repérage prend forme participent à façonner la représentation du non-recours à la complémentaire qu'il projette *in fine*. Nous montrerons que cette représentation et les fonctionnalités de l'outil suscite la convoitise des acteurs nationaux de la protection maladie. S'amorce alors un mouvement de généralisation pilotée par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé pour faire de l'outil le support d'une stratégie d'action nationale pour limiter le non-recours à l'aide à la mutualisation.

Enfin, dans le chapitre neuf, nous montrerons dans quelle mesure la généralisation de l'outil par une circulaire de l'Assurance maladie amorce l'élaboration en son sein d'une stratégie d'action pour traiter certaines formes de non-recours à la complémentaire. Entre édifications de règles par la CNAMTS et construction de normes secondaires d'application par les CPAM, nous expliquerons dans quelles conditions un cadre d'intervention émerge et se déploie, faisant du non-recours un instrument opérationnel de la correction des inégalités d'accès aux soins et venant transformer le rapport de l'Assurance maladie aux bénéficiaires potentiels des droits CMU C et ACS.

Chapitre 1.
Le Fonds CMU :
une agence dans le monde de la protection maladie

Les prémisses du processus d'émergence du non-recours aux droits en matière d'Assurance maladie sont à rechercher, selon nous, du côté d'un acteur occupant une place particulière dans le paysage de la protection maladie en France : le Fonds CMU. Fin 2004, son Conseil d'administration décide de lancer des études sur le non-recours à la CMU-C et d'engager ainsi une dynamique de production de connaissances. La réalisation concrète de ces travaux, en 2006, amène un pas décisif concernant l'introduction du non-recours dans la Convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS. Avant de déterminer avec précision le rôle que joue le Fonds CMU dans le processus d'émergence et d'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire, il est nécessaire de présenter cet organisme, son organisation interne et ses missions. Il est, parallèlement, utile de repérer son positionnement dans le champ de la protection maladie en France et ses relations avec les acteurs qui le composent. Ces éléments sont, à notre avis, indispensables pour comprendre dans quelle mesure, et comment, le Fonds CMU participe au processus d'émergence du non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée. En ce sens et à la différence de ce que nous pouvions imaginer initialement, il nous paraît essentiel dans cette recherche de ne pas nous concentrer exclusivement sur la branche Maladie de la Sécurité sociale pour analyser l'institutionnalisation en son sein du non-recours, mais bien de décaler le regard pour le poser, en premier lieu, sur le Fonds CMU.

Pourquoi a-t-il été créé ? A quelle occasion ? Quel est son positionnement dans le paysage de la protection maladie ? Quelles sont ses missions et les relations qu'il entretient avec les acteurs principaux de ce champ, au premier rang desquels les régimes d'assurance maladie de base et complémentaire mais aussi la Direction de la Sécurité sociale du Ministère de la santé ? Comment le caractériser et le qualifier ? Sa structuration, les acteurs qui le dirigent, les missions qui sont les siennes et la manière dont il les déploie nous amènent à faire l'hypothèse que le Fonds s'apparente à une agence d'Etat même s'il n'en prend pas le nom. Cet organisme de petite taille mis en place par la loi de 1999 portant création de la CMU assure le financement du dispositif de la CMU-C, ainsi que la gestion indirecte de l'ACS, depuis sa

mise en place en 2004. Il est aussi un acteur majeur de leur analyse et de leur évaluation. Même si cette mission s'est concrétisée un peu tardivement -en 2003- elle est progressivement devenue essentielle ; le Fonds produit et diffuse une réflexion approfondie sur la Couverture maladie universelle (CMU), réflexion construite en concertation avec les acteurs concernés par le dispositif et présents au sein du Conseil d'administration et du Conseil de surveillance de l'organisme. Son positionnement au cœur des acteurs nationaux et locaux de la protection maladie de base et complémentaire, l'expertise détenue par ses dirigeants et acquise au fil des années grâce à son travail d'analyse en font un acteur original et, en tout cas, important pour la régulation de la protection maladie des populations démunies.

Dans ce chapitre, il s'agira donc de présenter le Fonds CMU, ses missions et son positionnement. Ces éléments nous permettront de comprendre dans quel cadre l'organisme s'intéresse au non-recours en matière d'Assurance maladie et la manière avec laquelle il approche initialement cette question. Nous verrons que c'est bien la conjonction de plusieurs facteurs, liés aux caractéristiques de ses dirigeants, à ses missions et à sa situation au cœur de l'ensemble des acteurs de la protection maladie qui permet au Fonds CMU d'initier la prise en compte du non-recours, alors que les autres acteurs du champ ne portent que peu d'intérêt au phénomène.

SECTION 1.

UNE COMPOSITION ET UNE POSITION FAISANT DU FONDS CMU UN ACTEUR « PIVOT » DANS LE CHAMP DE LA PROTECTION MALADIE

Le Fonds CMU est un Etablissement public administratif de l'Etat (EPA) créé par la loi du 27 juillet 1999 qui instaure la Couverture maladie universelle (CMU) (Borgetto et Lafore, 2002). Il est concrètement installé en 2000, date depuis laquelle il finance le volet complémentaire de la CMU. A partir de 2004, il assure également la gestion de l'Aide complémentaire santé (ACS) instaurée par la réforme de l'Assurance maladie de Philippe Douste-Blazy. Doté de la personnalité morale, le Fonds CMU détient une certaine autonomie dans la réalisation de ces missions qui sont principalement de deux types : financement du dispositif CMU, comme nous venons de le dire, mais également analyse et évaluation de l'application de la loi.

Pour mener à bien ces missions, sur lesquelles nous reviendrons précisément dans le second temps de cette section, l'équipe du Fonds CMU est constituée, en fonction des périodes, de neuf à dix personnes. Cette équipe comprend une direction générale, à laquelle sont attachés un fondé de pouvoir et un agent comptable, une direction adjointe, des conseillers techniques et un secrétariat. Le Fonds est donc un petit organisme d'Etat dont le directeur est nommé par arrêté des Ministres chargés de la Sécurité sociale et du Budget. Il comprend un conseil d'administration et un conseil de surveillance au sein desquels se croisent représentants de l'Etat, des régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, quelques professionnels du corps médical ainsi que des représentants des associations de lutte contre les exclusions (Borgetto et Lafore, 2002).

La composition du Fonds et de ses instances décisionnelles est intéressante à décrypter : l'organisme semble, en effet, être le point de rencontre entre des acteurs représentatifs de ce que William Genieys et Patrick Hassenteufel appellent « *l'élite du Welfare* » (Genieys et Hassenteufel, 2001), des acteurs administratifs de terrain issus des organismes locaux de sécurité sociale, des acteurs oeuvrant dans le monde des organismes de la protection maladie complémentaire et des acteurs de la société civile. Le Fonds CMU est déjà en cela, et malgré ses effectifs somme toute très réduits, un acteur important de la régulation de la CMU et des intérêts multiples qui se déploient, en France, s'agissant de la protection maladie des plus démunis. Il est un acteur « à part », ni gestionnaire de base, ni fournisseur de contrats

complémentaires ; il se différencie de l'administration centrale tout en étant en capacité de discuter avec elle. Sa constitution, les parcours de ses dirigeants, leur connaissance des mondes de la protection de base et complémentaire, mais aussi des enjeux relatifs aux évolutions générales de l'Assurance maladie, placent le Fonds dans un rôle pivot, visant à renforcer et à orienter les échanges entre des acteurs aux logiques d'action bien souvent contradictoires.

1.1 – Des dirigeants partagés entre « élite du *Welfare* » et acteurs de terrain des caisses

Il est intéressant de présenter les personnes qui ont dirigé, et qui dirigent, le Fonds depuis sa création. Sa légitimité pour agir dans le champ de la protection maladie provient en grande partie, et surtout au démarrage de l'organisme, de la position et de l'expertise de ses dirigeants, hauts fonctionnaires participant d'une « élite du *Welfare* » qui s'est affirmée progressivement en France à partir des années 1980 (Hassenteufel et Genieys, 2001). Cette légitimité dépend notamment de leurs réseaux et des liens qu'ils entretiennent avec de multiples acteurs impliqués dans l'institution, liens qui leur assurent un levier d'action autant d'ailleurs qu'ils les contraignent.

A côté de ces hauts fonctionnaires qui occupent le poste de direction du Fonds, on trouve à la direction adjointe des acteurs présentant d'autres caractéristiques. Ce sont des acteurs issus directement des organismes nationaux ou locaux de la Sécurité sociale, qui ont occupé des postes situés au cœur de la mise en œuvre des politiques sociales ciblées, au sein des directions techniques de la CNAMTS ou de la CNAF, ainsi que dans les services de liquidation des CPAM ou des CAF. Si les caractéristiques de la direction générale sont un facteur essentiel pour positionner le Fonds en acteur légitime de la régulation stratégique de la protection maladie des plus démunis, le profilage particulier de la direction adjointe lui permet de disposer d'une connaissance précise des organismes gestionnaires des dispositifs de la CMU, utile pour dialoguer avec ceux-ci et comprendre les enjeux organisationnels de la mise en œuvre quotidienne des prestations ciblées sur des populations particulières.

1.11 - Des directeurs représentatifs de « l'élite du Welfare »

Dans leurs travaux relatifs à la Sécurité sociale, W. Genieys et P. Hassenteufel s'intéressent particulièrement à une question : « qui gouverne ? ». Question posée d'ailleurs de manière récurrente dans un domaine où le partage des responsabilités s'est brouillé au fil des décennies, au fur et à mesure de la mise en cause de la gestion par les partenaires sociaux et de la volonté de réintroduire l'Etat dans le pilotage de la Sécurité sociale (Palier, 2002). W. Genieys et P. Hassenteufel interrogent plus particulièrement la gouvernance des branches Maladie et Famille. Leurs travaux affirment l'existence d'une « élite du Welfare », plus présente d'ailleurs dans le champ de la protection maladie, se caractérisant par une homogénéité dans les parcours et positions sociales occupées, par des logiques d'action partagées et une capacité à intervenir dans les processus décisionnels. La caractérisation de cette élite montre qu'il s'agit de Hauts fonctionnaires répondant à deux critères institutionnels, spécifiant plus globalement l'élite politico administrative au sein de l'État français : l'appartenance à un cabinet ministériel et l'occupation d'un poste de direction d'administration centrale. Concernant la Sécurité sociale, ces Hauts fonctionnaires ont occupé des fonctions dans les cabinets ministériels²¹, piloté les directions ministérielles en charge des questions sociales²² et/ ou ont exercé les fonctions de directeurs des caisses nationales de la Sécurité sociale²³. Il n'est également pas rare qu'ils soient passés par des institutions majeures de la République, par exemple par la Cour des comptes et principalement par sa 5^{ème} chambre qualifiée de « chambre sociale », ou qu'ils appartiennent à certains corps spécialisés comme celui des Inspecteurs des affaires sociales (Hassenteufel et Genieys, 2001).

Ces Hauts fonctionnaires ont tous occupé des positions multiples et présentent ainsi une longévité dans le secteur, qui se traduit par l'accumulation d'une expertise et de savoir-faire. Ils disposent, de ce fait, d'une légitimité, d'une capacité d'intervention importante dans la définition des politiques publiques du secteur et d'une autonomie relative par rapport aux acteurs politiques. Selon P. Hassenteufel, ces acteurs partagent un référentiel d'action commun, que l'auteur formule ainsi : « *pour préserver la Sécurité sociale, il faut l'adapter à la contrainte financière en renforçant le rôle de pilotage de l'État et en ciblant les prestations*

²¹ Cabinet du président de la République, du Premier ministre, des ministres et secrétaires d'État en charge spécifiquement des questions d'assurance maladie et de prestations familiales et du ministre des Finances en charge des dossiers de maîtrise des dépenses de santé et en matière de prestations familiales.

²² Direction de la Sécurité sociale (DSS), direction générale de l'Organisation des soins (DGOS), direction de l'Action sociale (DAS), direction générale de la Santé (DGS) notamment.

²³ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et Agence comptable des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) en particulier.

sociales vers les plus démunis » (Hassenteufel, 2008b). Bien qu'attachés aux principes fondateurs de la Sécurité sociale française, « l'élite du *Welfare* » privilégie une approche financière des politiques de protection sociale et affirme la nécessité de repositionner une forme d'administration étatique par rapport aux Caisses de Sécurité sociale. Elle a d'ailleurs joué un rôle dans la construction de certaines réformes majeures et l'application de plans allant dans ce sens. C'est le cas du plan Juppé en 1995 qui transforme radicalement le pilotage de l'Assurance maladie par la création de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et du mécanisme des Conventions d'objectif et de gestion (COG). C'est également le cas de la réforme de « *l'Assurance maladie universelle, devenue Couverture maladie universelle* » introduisant la logique du ciblage au cœur de l'Assurance maladie (Hassenteufel, 2008b). Le rôle joué par « l'élite du *Welfare* » dans les réformes précitées découle du fait que les acteurs qui la composent se rencontrent régulièrement dans des lieux administratifs clefs, devenus progressivement des lieux d'expertise. C'est le cas en particulier de certaines Commissions du plan ou de directions ministérielles, comme la Direction de la sécurité sociale du ministère de la Santé (DSS). Le rôle de cette élite tient aussi à l'élaboration progressive de liens interpersonnels forts favorisant des échanges officieux fréquents.

Les deux premiers directeurs du Fonds CMU, hauts fonctionnaires, peuvent selon nous entrer dans la catégorie de « l'élite du *Welfare* ». Ils ont, en effet, dirigé des organismes nationaux de la Sécurité sociale, eu des responsabilités dans différents cabinets ministériels et été impliqués dans les grandes réformes de l'Institution, notamment celle d'Alain Juppé et bien entendu celle de la CMU. Ils sont, de manière générale, parties prenantes des débats relatifs aux modalités de la réforme de la protection maladie et convaincus de la nécessité de mettre en place des dispositifs pour les populations qui n'ont pas les moyens de se protéger par elles-mêmes, à cause notamment de ressources financières faibles.

« Bon ils n'ont pas mis n'importe qui à la tête du Fonds... Sa principale ressource ce sont ceux qui y travaillent, qui le dirigent... Ils ne sont pas nés de la dernière pluie et la connaissent l'institution. C'est un avantage mais pas seulement, une difficulté aussi. De manière générale, tous ceux qui dirigent les instances de la protection sociale dans notre pays partagent la nécessité de réformer, de faire autrement. En particulier pour ceux qui ne peuvent pas payer leurs frais de santé ou supporter de gros restes à charge. Par contre tout le monde n'est pas d'accord sur la solution, bien sûr ».

Entretien avec Bertrand Fragonard, ancien directeur de la CNAF et de la CNAMTS, président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, avril 2009.

Entre 2000 et 2002, le Fonds est dirigé par Philippe Georges. Même s'il n'est resté que deux ans à sa direction, il est celui qui a créé concrètement l'organisme, qui l'a installé dans ses locaux, en a rédigé les règles de recrutement et organisé le fonctionnement général. Qualifié « *d'expert juridique* »²⁴ de la Sécurité sociale, il a largement contribué au débat lors de la genèse de la loi CMU. Il en a pour une grande part rédigé les textes avec d'autres spécialistes de l'Assurance maladie, au premier rang desquels Didier Tabuteau (Tabuteau, 2006).

« Philippe Georges a créé de toutes pièces le fonds CMU : il s'est chargé de l'aménagement des locaux et du recrutement des agents. C'est lui qui a instauré la possibilité de recruter des agents sous convention collective de la sécurité sociale plutôt que des fonctionnaires uniquement ».

Extrait de l'entretien de Jean-François Chadelat pour la revue *Elan social*, réalisé par les élèves de l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S) en 2003²⁵.

Par le passé, Philippe Georges a été directeur adjoint de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et a exercé des responsabilités au ministère des Affaires Sociales, à la Sous-direction de l'Assurance vieillesse puis à celle de l'Assurance maladie. Au moment de la rédaction des Ordonnances de 1996, dans le cadre du Plan Juppé, il est Conseiller au Cabinet du ministre du travail et de la Sécurité sociale. De part ses responsabilités successives, il dispose d'une grande connaissance de la Sécurité sociale dans son ensemble²⁶ et de compétences juridiques particulières concernant l'application des droits sociaux ciblés. Il quitte le Fonds en mai 2002 pour rejoindre le cabinet du ministre de la Santé, comme directeur adjoint, d'abord, puis comme conseiller spécial auprès du ministre. Il a, par la suite, pris la direction de la CNAF.

²⁴ Informations provenant de l'entretien réalisé par des membres de l'Association des élèves et anciens élèves de l'EN3S avec Philippe Georges dans le cadre de la revue *Elan social* destinée aux professionnels de la Sécurité sociale. <http://www.aen3s.org/elansocialcom/Interviews/philgeorge.htm>, entretien intitulé « La complexité de l'universalisme ».

²⁵ <http://www.aen3s.org/elansocial/numero055/chadelat.php>, Entretien intitulé « La complémentarité dans tous ses états ».

²⁶ *Idem*.

Entre 2003 et 2012, la direction du Fonds est assurée par Jean-François Chadelat, Inspecteur général des affaires sociales depuis 1997²⁷. Nommé en 1987 directeur de l'ACOSS, quelques-unes de ses actions sont restées célèbres, dans la mesure où elles ont participé à moderniser profondément l'institution. En ce sens, il a notamment fait considérablement progresser le fonctionnement des URSSAF en rendant plus opérationnel leur système d'informations, dans un climat pourtant très conflictuel concernant la modernisation par les outils informatiques. Son plan en la matière a ainsi marqué les esprits. Il a également mis en place, pour la branche recouvrement, la pluri-annualisation budgétaire afin de réduire les écarts de coûts entre organismes de la Sécurité sociale et a dynamisé la politique de communication de la branche. Il a pris la direction du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 1994, organisme créé pour financer le minimum vieillesse et décharger la CNAVTS de charges jugées indues (Palier, 2002). Jean François Chadelat participe de ce que W. Genieys et P. Hassenteufel nomment « *la troisième génération de l'élite du welfare* » (Genieys et Hassenteufel, 2001). Cette génération se déploie, selon eux, à partir du milieu des années 80 alors que s'opère le tournant néo-libéral (Jobert, 1995). Elle tend à renforcer la gestion du social par l'incorporation d'outils nouveaux, notamment informatiques, et à valoriser un pilotage des branches assis sur des indicateurs quantitatifs afin de comparer les performances des organismes.

Expert de la Sécurité sociale, J.F. Chadelat connaît parallèlement bien le monde des Organismes complémentaires ; il a, en effet, été directeur chargé des questions de santé chez l'assureur privé AXA de 1990 à 1994. C'est cette « *double casquette* »²⁸ qui a fait de lui un candidat idéal pour prendre la direction du Fonds CMU, organisme en lien avec des acteurs de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'Assurance maladie complémentaire (AMC). Car à l'instar de ce que soulignent les élèves de l'EN3S en introduction de leur entretien avec Philippe George, « *la CMU se trouve au point de rencontre des assureurs obligatoires, et des assureurs complémentaires, mutualistes ou privés* ». Jean-François Chadelat connaît bien les enjeux des réformes de l'Assurance maladie de base pour les Organismes complémentaires (OC). Dans cette optique, plusieurs missions relatives à l'évolution du rôle de chacune des parties prenantes de la protection maladie en France lui ont d'ailleurs été confiées par le gouvernement. Ainsi, en 2003 et en prévision d'une future réforme, la Commission des comptes de la Sécurité sociale lui confie le pilotage d'un groupe de travail relatif à la

²⁷ Informations provenant de l'entretien réalisé par des membres de l'Association des élèves et anciens élèves de l'EN3S avec Jean François Chadelat dans le cadre de la revue *Elan social*.

²⁸ Entretien avec le directeur de l'EN3S, Claude Bigot, en juin 2008.

répartition des rôles entre Assurance maladie obligatoire (AMO) et Assurance maladie complémentaire (AMC) en matière de dépenses de santé (Chadelat, 2003).

1.12 - La direction adjointe, des connaisseurs des caisses de Sécurité sociale

Ainsi que l'a souhaité le premier directeur du Fonds, l'organisme a comme particularité de pouvoir recruter ses agents de direction parmi les agents de la Sécurité sociale. Cela lui assure une connaissance des rouages internes des caisses, de leurs fonctionnements organisationnels, une capacité aussi à se représenter leurs contraintes pour travailler plus facilement avec elles. A côté de la direction du Fonds qui assure l'orientation stratégique de l'organisme et supervise plus particulièrement la mission de financement, la direction adjointe joue un rôle central dans la mission de suivi, d'analyse et d'évaluation du dispositif CMU. Elle coordonne, en effet, la collecte d'informations, effectue un travail de veille et d'analyse des travaux produits par les acteurs administratifs et scientifiques oeuvrant sur la CMU, assure le pilotage des études que l'organisme choisit de lancer. Nous nous y attarderons plus loin dans ce texte. La direction adjointe est appuyée, dans ses activités, par les conseillers techniques du Fonds. Durant les premières années de mise en œuvre de la loi, ceux-ci ont surtout vocation à répondre aux questions spécifiques des différents interlocuteurs de l'organisme concernant la réglementation des dispositifs de la CMU et à organiser concrètement l'encodage des informations qui remontent vers le Fonds et leur traitement statistique. Les conseillers techniques participent, au fil des années, de plus en plus au pilotage des études financées par le Fonds et sont ainsi en discussion avec les équipes de recherche²⁹. Ils assurent aussi un lien avec les organismes locaux d'Assurance maladie des régimes de base qui effectuent des travaux d'analyse sur le dispositif.

Depuis la création du Fonds CMU et jusqu'en 2009, sa direction adjointe est assurée par Bruno Négroni. Celui-ci a également occupé le poste de directeur intérimaire de l'organisme pendant 9 mois lorsque Philippe Georges est parti et avant la nomination de Jean-François Chadelat (Fonds CMU, 2010). Ancien élève de l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), son parcours l'a mené des organismes locaux de Sécurité sociale vers des fonctions nationales. Il a notamment travaillé au sein des CAF où il a occupé diverses fonctions en tant que conseiller technique et agent de direction. Ce qui lui fait dire « *qu'il*

²⁹ Dans le cadre des travaux que nous avons menés avec le Fonds et l'ODENORE, les contacts principaux ont été avec les directeurs adjoints mais aussi plus récemment avec les conseillers techniques, Stéphane Runfola et Philippe Comte notamment.

connaît bien le terrain, atout pour discuter avec les organismes de Sécurité sociale et comprendre leur fonctionnement », comme il nous l'explique lors d'un Comité de pilotage de l'expérimentation CMU en 2007.

En 2009, Bruno Négroni a été remplacé à la direction adjointe du Fonds par Raphaëlle Verniolle, qui vient de la CNAMTS où elle a exercé des fonctions à la Direction de la réglementation pendant plusieurs années. De formation juridique, elle a participé à la rédaction de multiples circulaires et lettres réseau relatives à la CMU afin que les Caisses primaires soient en capacité d'appliquer la loi dans les meilleures conditions possibles³⁰. Elle a suivi, pour la CNAMTS, la réalisation des travaux d'études menés sur le non-recours à la CMU-C et participé au groupe de travail de la Caisse nationale sur l'accès aux soins et aux droits des populations précaires que nous aurons l'occasion d'évoquer dans cette recherche. Raphaëlle Verniolle assure en 2012 la direction intérimaire du Fonds jusqu'à la nomination par le Ministère d'un nouveau directeur. Jean François Chadelat a, en effet, dépassé la limite d'âge pour exercer cette fonction ; il a cependant été nommé président d'honneur du Conseil d'administration du Fonds (Fonds CMU, 2012).

1.2 - Les organes de décision et de surveillance du Fonds, une place centrale pour l'Etat

Le Fonds CMU est doté d'un Conseil d'administration (CA) où siègent les représentants de l'Etat (Borgetto et Lafore, 2002). Ce CA est composé au total de sept membres issus du ministère en charge de l'Economie et du Budget, ainsi que du ministère des Affaires sociales et de la Santé³¹. Le Conseil se réunit au moins deux fois par an et a principalement pour rôle d'adopter le budget du Fonds, d'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité.

Il peut aussi proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier de l'organisme et autoriser le directeur à passer les conventions prévues avec les régimes de base de l'Assurance maladie pour le financement de la CMU-C (Fonds CMU, 2002). Il a également un regard sur les sujets d'études que le Fonds choisit d'aborder et de financer, mais sans avoir réellement de rôle décisionnaire sur ce point, comme nous l'explique Dominique Libault, ancien Directeur de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé :

³⁰ Entretien avec Raphaëlle Verniolle en juin 2010.

³¹ Rappelons que ces ministères prennent des dénominations différentes en fonction des périodes.

« En général, quand la direction du Fonds propose, on y va. Même s'il peut y avoir des tensions avec les dirigeants... Mais c'est son rôle de produire des infos sur la CMU et d'orienter notre regard. Et puis, ça n'a rien de contraignant, ce sont des études, de l'information ».

Entretien avec Dominique Libault, ancien Directeur de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, juin 2009.

Un Conseil de surveillance assiste le Conseil d'administration (CA), notamment dans le choix des sujets d'études à financer et pour élaborer les propositions d'amélioration des dispositifs de la CMU. Le Président du Conseil de surveillance est nommé par le ministre de la Santé parmi les parlementaires qui en sont membres. Composé de membres du Parlement, d'associations œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, des trois grands régimes d'Assurance maladie de base, des différentes Fédérations d'organismes complémentaires, le Conseil est un organe essentiel pour assurer certaines prérogatives du Fonds. C'est le cas du suivi, de l'analyse et de l'évaluation de l'application de la CMU, ainsi que de l'animation du réseau d'acteurs impliqués dans le dispositif et de l'information des différentes parties prenantes. Le Fonds assure le secrétariat du Conseil de surveillance.

Dominique Libault, directeur de la DSS entre 2003 et 2011, a d'ailleurs dit de ce Conseil qu'il est le « *mini parlement de la CMU* » et souligné « *qu'il est un lieu de rencontre privilégié, où se retrouvent autour de la même table, les assurances maladie obligatoires, les assurances maladie complémentaires et les associations, celles là même qui avant la création de la CMU, avaient permis aux plus défavorisés de se soigner* » (Fonds CMU, 2004). Organe central dans le fonctionnement du Fonds, le Conseil de surveillance permet aux différents acteurs de la CMU de débattre du dispositif et d'apporter leurs points de vue concernant les difficultés qu'il rencontre. Cette connaissance qui diffuse vers l'ensemble des acteurs concernés par la loi participe à maintenir un certain niveau d'informations et à faire converger le regard des acteurs vers des problématiques que ceux-ci ne voient pas nécessairement.

« Je crois que c'est un lieu essentiel parce qu'on peut discuter entre nous de nos impressions, de nos difficultés respectives ou communes, de nos spécificités aussi, surtout pour nous qui ne sommes pas le plus grand régime de base. Il y a aussi les associations qui nous sortent un peu la tête de nos questionnements administratifs, on peut prendre le pouls du terrain. Cela nous permet parfois de revenir dans nos caisses avec des idées. Et ça sert aussi à programmer

d'autres réunions avec d'autres membres pour parler de telle ou telle chose. Le Conseil ne se réunit pas non plus si souvent, mais c'est un moment où on fait le point ».

Entretien avec Hélène Goury, Chargée de mission ACS, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), octobre 2008.

Alors que le CA, composé exclusivement de représentants de l'Etat, a vocation à contrôler la gestion du Fonds et à veiller à son équilibre financier, le Conseil de surveillance, au sein duquel se retrouvent des gestionnaires d'Assurance maladie de base et complémentaire, des parlementaires et des acteurs de la société civile, se situe davantage dans un rôle de suivi de la mise en œuvre des dispositifs de la CMU-C, de propositions relatives à d'éventuelles évolutions et d'animation des échanges entre les différentes parties prenantes.

A travers le choix de ses personnalités dirigeantes, la répartition des types d'acteurs entre le Conseil d'administration et le Conseil de surveillance, les rôles joués par ces instances, on perçoit une tentative de faire du Fonds CMU un pivot entre des acteurs de différentes natures, situés à plusieurs échelles d'action publique et ayant, en outre, des intérêts et des logiques d'intervention spécifiques. Il s'agit en cela d'articuler les dimensions politique, gestionnaire et organisationnelle relatives à la CMU et, plus généralement, à la protection maladie des populations démunies.

Il est à noter que les représentants de l'Etat sont présents dans ses deux instances principales, traduisant une volonté des acteurs étatiques de gérer et de conduire de manière rapprochée des dispositifs d'accès aux soins financés par la solidarité nationale et non par les cotisations sociales. Financés toutefois pour une partie seulement par le budget de l'Etat. Cette partie s'est en outre réduite, jusqu'à disparaître pour laisser place à un financement intégral de la CMU-C par les Organismes complémentaires (OC). Pourtant même si les financements de l'Etat se sont réduits au fil des années à la portion congrue, sa présence dans les instances du Fonds reste inchangée, faisant de celui-ci un relais fort des positions étatiques s'agissant de la CMU. Le décryptage approfondi des missions de l'organisme, dans la section qui suit, nous permettra de présenter précisément ses modes de financement et leurs évolutions.

SECTION 2.

DES MISSIONS DE FINANCEMENT, D'ANALYSE ET D'EVALUATION, CONSTITUTIVES D'UNE AGENCE MIXTE D'ETAT

Après avoir présenté l'organigramme du Fonds et les différentes caractéristiques des personnalités qui l'ont dirigé et le dirigent, venons-en à la présentation de ses deux missions principales : d'une part, le financement de la CMU-C et de l'ACS, première mission à s'être déployée ; d'autre part, l'analyse et l'évaluation de la loi CMU, missions qui se sont concrétisées à partir de l'année 2003. Ce second volet de l'activité du Fonds nous intéresse particulièrement pour comprendre son rôle dans l'institutionnalisation du non-recours aux droits. Avant de le présenter, attardons nous sur le rôle de financeur rempli par l'organisme.

La loi CMU-C crée en 1999, rappelons-le, un dispositif à deux volets : la CMU B et la CMU-C. Le financement du premier volet est assuré par des transferts budgétaires consécutifs à la suppression d'une part de l'Assurance médicale personnelle (AMP), qui était financée par des cotisations versées à la CNAMTS par des particuliers, les départements, le FSV et la CNAF, et de l'Aide médicale départementale (AMD) d'autre part. S'agissant de cette dernière, les départements n'ont en effet plus à supporter sa charge, ce qui a pour conséquence une diminution de leur Dotation générale de décentralisation (DGD) (Borgetto et Lafore, 2002).

Pour le volet complémentaire de la CMU, la CMU-C, la loi met en place un organisme dédié à son financement : le Fonds CMU. Lorsque l'ACS est créé en 2004, son financement est également confié à cet organisme. Ses recettes sont initialement très différentes en ce qui concerne la CMU-C et l'ACS ; elles ont, peu à peu, été harmonisées. L'évolution des financements du Fonds a amené, au fil des années, une instabilité dans son budget, en premier lieu pour la CMU-C, puis également pour l'ACS. Cette instabilité accrue n'est pas sans conséquence pour la prise en compte du non-recours : en effet, si les recettes n'augmentent pas ou sont instables, il est difficile d'envisager d'aller chercher ceux qui ne demandent pas leurs droits. La question du financement de ces dispositifs a toute sa place dans ce travail, les débats relatifs aux non-recours aux droits étant de manière générale largement marqués par la capacité à financer les droits sociaux et à, pourquoi pas, accroître les budgets qui leur sont accordés. Nous allons, en ce sens, revenir précisément sur les financements initiaux et sur

leurs évolutions, afin de pouvoir en saisir l'impact sur le sujet qui nous intéresse plus directement ici.

2.1 - Une mission de financement de la complémentaire gratuite et aidée

Le Fonds, comme son nom le laisse d'ailleurs entendre, remplit une mission de financeur de la CMU, mission qui a évolué au fur et à mesure que les recettes de l'organisme se sont transformées et que de nouveaux dispositifs ont vu le jour. Il assure le financement direct de la CMU-C depuis 2000 et le financement indirect de l'ACS depuis 2005.

Concrètement, en ce qui concerne la CMU-C, il finance les dépenses de soins restant à la charge des bénéficiaires, après intervention des régimes obligatoires d'Assurance maladie. Dans le cadre de l'ACS, il règle aux Organismes complémentaires (OC) les déductions opérées au profit des personnes qui ont utilisé leur aide auprès d'eux. Afin de mener à bien sa mission de financement, le Fonds CMU effectue un suivi rigoureux des effectifs pris en charge par les régimes de base de l'Assurance maladie et par les OC et procède au contrôle approfondi des déductions déclarées par les OC dans le cadre de l'ACS. Autant de données utiles pour mesurer des taux de non-recours, nous y reviendrons.

2.11 - Des recettes en évolution permanente

Le Fonds est doté de recettes dont la nature a considérablement évolué au cours de la décennie d'application de la loi CMU. Les recettes se sont diversifiées pour la CMU-C, mais aussi du fait de la mise en place de l'ACS qui a été l'occasion de la création d'un financement spécifique.

Initialement, le Fonds CMU est financé par une dotation budgétaire de l'Etat et une contribution versée par les Organismes complémentaires (OC) agissant dans le domaine de l'assurance santé. La dotation de l'Etat constitue entre 2000 et 2005 la grande majorité des recettes de l'organisme, tandis que la contribution des OC n'est qu'un complément. Au fil des années le rapport s'est inversé ; la dotation de l'Etat est devenue de plus en plus réduite pour n'être plus qu'une dotation d'équilibre, alors que la contribution des OC a considérablement augmenté jusqu'à devenir le financement principal de la CMU-C et de l'ACS. Entre temps,

une partie des taxes sur les alcools et les tabacs a été affectée au Fonds, pour amortir la baisse de la dotation principale de l'Etat. Le montant des taxes attribué à l'organisme a toutefois régulièrement diminué. Revenons plus en détail sur les recettes du Fonds CMU pour bien cerner les évolutions dont la compréhension est essentielle. L'annexe 3 de cette thèse propose un récapitulatif de ces évolutions.

A. La dotation directe de l'Etat et l'affectation progressive de taxes

A l'origine, les recettes du Fonds sont majoritairement constituées d'une dotation budgétaire annuelle de l'Etat. Celle-ci peut être réévaluée chaque fin d'année afin d'équilibrer les comptes de l'organisme. La Loi de finances rectificative peut ainsi décider d'une augmentation de la dotation en fin d'année pour remédier à un déséquilibre potentiel, comme le prévoit l'article L.862-4 du code de la Sécurité sociale. La dotation est versée mensuellement selon des modalités et un échéancier déterminés par une convention annuelle, complétée le cas échéant d'un avenant (Borgetto et Lafore, 2002).

Initialement, c'est bien l'Etat qui finance la majorité des dépenses de la CMU-Complémentaire. En 2000, la dotation est de 800 millions d'euros, 889 millions en 2001 pour atteindre 1 150 millions d'euros en 2002 (Fonds CMU, 2003). Au fil des ans, elle n'a cependant fait que diminuer. En 2005, même si la contribution étatique est encore de 660 millions d'euros, elle a toutefois considérablement décliné en trois ans. En 2006, elle atteint 323 millions ; 114 millions en 2007 et 50 en 2008. Depuis 2009, elle est nulle.

La CMU-C étant en partie financée par l'Etat, le suivi budgétaire est assuré dans l'un des programmes de la Loi de finances, à savoir le programme 183 de la LOLF relatif à l'Assurance maladie. Il rassemble trois actions : l'accès à la protection maladie complémentaire, l'Aide médicale d'Etat et l'indemnisation des victimes de l'amiante. L'action 1 relative à la protection maladie complémentaire retrace la contribution d'équilibre versée par l'Etat au Fonds CMU. Dans le tableau ci-dessous, on voit les crédits affectés au programme 183 en 2010 et 2011 ; l'action 1 ne reçoit aucun crédit.

Récapitulatifs des crédits du programme 183 par action (en euros)

Numéro et intitulé de l'action	Loi de finances initiales (LFI) 2010	Projet Loi de finances (PLF) 2011
Action 1. Accès à la protection maladie complémentaire	0	0
Action 2. Aide médicale de l'Etat	535 000 000	588 000 000
Action 3. Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50 005 000	50 000 000
Protection maladie (ensemble du programme 183)	585 005 000	638 000 000

Sources : Projet annuel de performances (PAP) pour 2011 de la mission « Santé » du Sénat.

Pour compenser en partie la réduction de la dotation directe de l'Etat, le Fonds CMU s'est vu affecter, à partir de 2005, une partie des taxes sur les alcools et le tabac. La Loi de finances pour 2005 a ainsi inscrit ce nouveau type de recettes pour le Fonds et affecté le produit de la cotisation de 0,13 euros par décilitre vendu de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25% en volume. L'année de création de cette nouvelle recette, le Fonds a ainsi bénéficié de l'affectation de droits sur les alcools pour un montant atteignant 387 millions d'euros.

La Loi de finances initiale pour 2006 a renforcé ce mouvement avec l'affectation au Fonds d'une fraction de 1,88% des droits de consommation sur les tabacs à hauteur de 178 millions d'euros, argent antérieurement affecté à la CNAMTS. La Loi de finances pour 2007 a augmenté ce taux à 4,34%. Selon le même circuit que pour la cotisation alcool, 411 millions d'euros ont par exemple alimenté le Fonds CMU à ce titre en 2007.

B. La hausse régulière de la contribution des Organismes complémentaires

Le financement de la CMU-C n'a jamais été effectué uniquement par la dotation de l'Etat. Dès sa création et après de virulents débats entre les Fédérations de complémentaires et le ministère des Affaires sociales et de la Santé (Tabuteau, 2006), les Organismes complémentaires ont été mis à contribution pour financer le dispositif, initialement à hauteur de 1,75% de leur chiffre d'affaires. Tous les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé sont assujettis à cette taxe. Concrètement, c'est l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), tête de réseau de la branche

recouvrement de la Sécurité sociale, qui reverse au Fonds CMU le produit de cette contribution dans des conditions fixées par convention. Cela a constitué 280 millions d'euros en 2000 de recettes pour le Fonds, 308 millions d'euros en 2001 et 223 millions en 2002.

En 2002, année où la CMU-C commence à atteindre un niveau proche de celui attendu lors de la création de la loi, la répartition des recettes se fait comme suit : 83,8% de dotation de l'Etat (soit 1 150 millions d'euros) et 16,2% pour la contribution des OC (soit 223 millions d'euros) (Fonds CMU, 2002). Jusqu'en 2006, la contribution des OC est restée stable. Les sommes versées au Fonds, dans ce cadre, ont fluctué essentiellement en fonction des variations du chiffre d'affaires des organismes proposant des assurances complémentaires en matière de santé. Mais cette année là, la Loi de finances initiale (LFI) et la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) modifient la structure des comptes du Fonds : elles baissent la dotation de l'Etat, affectent des taxes sur les alcools, nous l'avons vu, et relèvent de 1,75% à 2,50% la contribution des Organismes complémentaires (OC).

La concentration des recettes du Fonds sur les complémentaires s'est poursuivie les années suivantes. Depuis le 1er janvier 2009, ses recettes sont ainsi quasiment exclusivement constituées par ce mécanisme. La dotation de l'Etat reste inscrite dans les textes, mais est nulle. La part des taxes sur les tabacs et les alcools attribuée à l'organisme est quant à elle minime. Dans ce contexte, le taux de la contribution des OC est, en revanche, passé de 2,5% à 5,9% de leurs chiffres d'affaires. En 2011, ce mécanisme de financement a pris le nom de « taxe de solidarité additionnelle ». Une différence de taxation est apparue s'agissant des contrats dits « responsables »³² proposés par les OC. Le taux principal de la taxe additionnelle est passé de 5,9% à 6,27%, tandis que les contrats « solidaires et responsables » sont taxés au taux réduit de 3,5%. Ceci parce que les pouvoirs publics considèrent que ces contrats participent davantage à la régulation des dépenses de santé, en ne remboursant pas les dépassements d'honoraires et en modulant les remboursements en fonction du respect par les patients du parcours de soins (Fonds CMU, 2011).

³² Les contrats responsables et solidaires sont mis en place par la réforme de l'Assurance maladie de 2004. Ils sont destinés à encourager le respect du parcours de soins coordonnés par les patients. Les Organismes de complémentaire santé modulent leurs remboursements selon que l'assuré se trouve dans ou hors parcours de soins coordonnés, tout comme l'Assurance maladie obligatoire. Dans ce cadre, ils sont également tenus de ne pas fixer le montant des cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

C. La dotation de l'Assurance maladie pour l'ACS

Jusqu'à présent, nous avons évoqué les recettes du Fonds CMU-Concernant la CMU-C. Mais depuis 2005, l'organisme gère aussi l'ACS pour laquelle les mécanismes de financement sont initialement différents. L'article L. 862-3 du code de la Sécurité sociale prévoit, en effet, qu'une dotation globale des régimes d'Assurance maladie de base vienne abonder les recettes du Fonds CMU afin de financer spécifiquement ce dispositif. Cette somme est prise sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), fonds spécifique de la CNAMTS qui permet aussi de financer les aides individuelles et les aides collectives facultatives versées par les CPAM aux assurés rencontrant des difficultés d'accès aux soins. En dehors de la somme transférée au Fonds CMU pour le financement de l'ACS, le FNASS est ainsi réparti annuellement entre les CPAM qui s'occupent ensuite de la gestion de leur enveloppe propre (CISS, 2011). Celle-ci peut être partiellement consacrée par les caisses au financement de dispositifs locaux extra-légaux à destination des personnes qui n'arrivent pas à supporter le coût d'une complémentaire santé, mais qui ne rentrent dans les conditions ni de la CMU-C, ni de l'ACS. Nous ré évoquerons ce point de manière plus approfondie.

Le montant de la dotation de l'Assurance maladie pour le Fonds est fixée, chaque année, par arrêté des ministres de la Santé et du Budget. Ce montant ne peut globalement excéder, au titre d'un exercice, le montant total des déductions relatives à l'ACS opérées par les OC. Dans le cas contraire, la différence entre le montant de la dotation versée et les déductions opérées donne lieu à une régularisation qui intervient dans l'arrêté pris au titre de l'année suivante (Fonds CMU, 2006). Ainsi, la dotation ne peut pas dépasser la somme des déductions relatives à l'ACS. Par contre, si elle a été sous évaluée une année donnée, elle n'est pas régularisée l'année suivante, ce qui nécessite donc de prévoir au mieux l'évolution des effectifs de l'aide. Cela nous intéresse directement dans la mesure où les budgets de l'aide sont conditionnés par la capacité d'estimer « au mieux » la montée en charge de l'ACS pour que le Fonds ne soit pas sous doté.

La dotation dans sa totalité est versée au Fonds CMU par la CNAMTS, pour le compte de l'ensemble des régimes de base d'Assurance maladie. Son montant est dépendant, non seulement du nombre de bénéficiaires effectifs de l'ACS, nous l'avons dit, mais également du montant de l'aide attribuée qui varie en fonction de l'âge des bénéficiaires. En 2005, première

année de mise en œuvre de l'ACS, la dotation est de 13 millions pour atteindre 87 millions en 2008.

2.12 - Dépenses et contrôles des dépenses

Venons-en maintenant aux dépenses du Fonds CMU pour les deux prestations dont il assure directement ou indirectement le financement.

A. Des dépenses au titre de la CMU-C et de l'ACS

Comme l'indique la loi, la CMU-C peut être gérée soit par une CPAM, soit par un OC qui s'est déclaré volontaire pour remplir cette mission. Jusqu'au 31 décembre 2003, les dépenses du Fonds concernant les bénéficiaires de la CMU-C sont différentes en fonction du gestionnaire du contrat. Ainsi rembourse-t-il aux régimes de base de l'Assurance maladie la totalité de leurs dépenses relatives aux soins des personnes bénéficiant de la CMU-C ; en revanche les remboursements faits aux OC qui gèrent des contrats CMU-C sont effectués sur la base d'un forfait.

A compter de 2004, le Fonds rembourse les Caisses d'assurance maladie et les OC sur la base d'un forfait trimestriel par bénéficiaire de 76,13€ Les régimes de base et complémentaires sont donc, à partir de cette date, payés de manière identique, le Fonds CMU versant trimestriellement aux gestionnaires de la CMU-C quels qu'ils soient un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire pris en charge. Il résulte du paiement de l'ensemble des gestionnaires au forfait que les dépenses du Fonds ne sont plus tributaires que de l'évolution des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C et non du niveau de leurs dépenses de soins.

En 2006, après estimation des dépenses de soins moyennes d'un bénéficiaire de la CMU-C, le forfait a été fortement revalorisé pour atteindre annuellement 340€, puis 370€ en 2009. De manière concrète, le paiement par le Fonds CMU aux régimes de base se fait comme suit : la somme des forfaits correspondant aux nombres de contrats CMU-C gérés par chaque régime est calculée puis versée ; en revanche, pour les organismes complémentaires, les forfaits CMU-C viennent en déduction du montant de leur contribution au financement du Fonds.

Les versements des sommes dues en matière de CMU-C par le Fonds aux différents régimes de bases sont organisés par des conventions. Les acomptes, déterminés par avenant annuel, sont versés mensuellement pour les trois plus grands régimes de la Sécurité sociale de base³³. Pour les régimes spécifiques³⁴, il n'y a qu'un acompte annuel, fixé sur la base des dépenses constatées lors de l'exercice précédent. Le montant définitif des sommes dues par le Fonds est déterminé en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime le dernier jour des mois de février, mai, août et novembre. Une régularisation annuelle des sommes versées par le Fonds est réalisée ; elle correspond au nombre de bénéficiaires multiplié par le forfait, rapporté aux acomptes effectués par le Fonds afin de vérifier l'exactitude des versements (Fonds CMU, 2011).

Dès lors, si les dépenses réelles dépassent le montant du forfait, ce sont les gestionnaires de la CMU-C qui supportent la différence. A contrario, lorsque la dépense est inférieure au forfait de remboursement, les gestionnaires bénéficient de cet excédent. La CNAMTS, qui gère les droits de 77% des bénéficiaires de la CMU-C, supporte le coût moyen le plus élevé, coût supérieur de 83€ par bénéficiaire en métropole par rapport au forfait de 370€ (Fonds CMU, 2011). Pour atténuer l'impact de la CMU-C sur les comptes de la Caisse, elle reçoit un versement complémentaire pris sur les excédents du Fonds. En 2011, le régime général de l'Assurance maladie a géré, en moyenne annuelle, près de 3,4 millions de dossiers CMU-C en métropole et dans les DOM. Cela a occasionné un déficit d'environ 257 millions qui n'a été que partiellement compensé par le versement complémentaire du Fonds.

Pour les OC, le financement par le Fonds est différent et ne concerne pas uniquement la CMU-C, mais aussi l'ACS. A partir de 2005, le Fonds leur verse également, trimestriellement, un quart du montant de l'ACS octroyé à chaque bénéficiaire présent dans leurs effectifs. Dans la mesure où les OC contribuent au financement du Fonds, il s'agit pour ce dernier de calculer le différentiel entre ce que les OC lui doivent au titre de la taxe sur leurs chiffres d'affaires et ce que lui-même leur doit afin de leur rembourser les sommes correspondant aux forfaits CMU-C et aux déductions ACS. Pour effectuer ce calcul, les OC

³³ Le régime général avec à sa tête la CNAMTS, le régime agricole piloté par la CCMSA et le régime social des indépendants (RSI).

³⁴ Le système d'Assurance maladie français comprend de nombreux régimes dit « spéciaux » : le régime des marins et inscrits maritimes, le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, le régime des clercs et employés de notaire, le régime des ministres du culte, etc.

lui adressent donc chaque trimestre un bordereau déclaratif qui mentionne le montant de leur contribution à la CMU-C. Ils lui présentent aussi les demandes de remboursement relatives au montant des déductions opérées sur les contrats complémentaires dans le cadre de l'aide à la mutualisation (Fonds CMU, 2012). C'est lorsque les déductions CMU-C et ACS sont supérieures à la contribution des OC au financement du Fonds, que la différence fait l'objet d'un paiement par celui-ci aux OC.

D'une manière générale, plusieurs dispositions contenues dans le projet de Loi de financement de la Sécurité sociale de 2013 peuvent potentiellement modifier les dépenses du Fonds (Fonds CMU, 2012). L'objectif est surtout de rationaliser les modalités de remboursement aux organismes gestionnaires du dispositif, qu'ils soient de base ou complémentaire. Ainsi, il est envisagé que les régimes d'Assurance maladie et les OC soient à l'avenir remboursés sur la base des dépenses réellement engagées mais ceci dans la limite d'un montant forfaitaire fixé par voie réglementaire. A cette fin et selon des modalités qui restent à définir, les organismes gestionnaires devraient communiquer chaque année au Fonds CMU l'état des sommes correspondant aux dépenses prises en charge pour les bénéficiaires de la CMU-C. Pour l'instant, le montant forfaitaire annuel de 370€ devrait être porté à 400€, puis indexé chaque année sur la progression de l'inflation. En ce qui concerne les dépenses d'ACS, leur niveau est principalement impacté par l'évolution des effectifs et par le relèvement progressif du plafond ouvrant droit à l'aide. L'année 2011 a notamment été marquée par le relèvement du plafond ACS au niveau du plafond CMU-C majoré de 26%, puis 2012 a vu cette majoration atteindre 35%. Le montant moyen trimestriel de la déduction est quant à lui resté stable depuis 2010 à hauteur de 273 euros annuels.

B. Le contrôle des dépenses concernant les déductions sur la contribution des Organismes complémentaires (OC)

« La loi prévoit que le Fonds procède à tout contrôle sur les dépenses qu'il finance » (Fonds CMU, 2006). Le contrôle des dépenses engagées pour les régimes de base d'Assurance maladie n'appelle pas d'action spécifique de la part du Fonds : les contrôles effectués par les agences comptables des Caisses elles-mêmes ou ceux exercés sur elles par d'autres

organismes spécialisés justifient que le Fonds CMU n'aille pas au-delà « d'un contrôle de vraisemblance »³⁵ sur les données reçues par les échelons nationaux des régimes.

Le Fonds CMU a, par contre, pour mission de contrôler directement les déductions opérées par les OC sur leur contribution pour le financement de la CMU-C. L'organisme exerce ainsi un double contrôle concernant les OC relatifs à la fois à la cohérence des assiettes qu'ils déclarent pour la taxe et à leurs effectifs de bénéficiaires CMU-C et ACS (Fonds CMU, 2006). L'enjeu financier sur ce point est fort, d'autant plus dans un contexte où les recettes du Fonds sont progressivement devenues totalement dépendantes des taxes provenant des OC. Il s'agit donc pour l'organisme de vérifier l'exactitude des déductions relatives à la CMU-C et à l'ACS pour que les organismes paient bien à l'organisme ce qu'ils doivent au titre de la taxe.

La première étape du contrôle vise à vérifier les listes de bénéficiaires tenues à la disposition du Fonds par les OC. La liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Elle est examinée particulièrement sur les points suivants : nombre de bénéficiaires mentionné par rapport à celui déclaré, dates d'entrée et de sortie comparées à la date de référence, existence d'éventuels doublons (même nom, même prénom et même date de naissance sur des lignes différentes) et montant de déduction en fonction de l'âge pour l'ACS. Ce contrôle de liste est suivi, en cas de doutes, d'un contrôle approfondi dans le cadre duquel il s'agit de confronter les informations mentionnées dans la liste relative aux bénéficiaires, avec celles mentionnées sur les attestations de droits délivrées aux bénéficiaires par les OC, à partir d'un échantillon tiré aléatoirement.

Equilibrés initialement par une dotation budgétaire de l'Etat, les comptes du Fonds ont toujours oscillé autour du point d'équilibre. Le fait que la CMU-C et l'ACS soit désormais essentiellement financée par la contribution des OC offre moins de visibilité et n'apporte pas de certitude quant à l'équilibre de ses comptes. Par ailleurs, l'augmentation de la taxe sur les OC amène ceux-ci à répercuter la hausse sur le prix des contrats complémentaire santé, ce qui impacte directement l'accès à ces contrats qui coûtent de plus en plus chers.

Alors que pendant les dix premières années de la CMU les comptes de l'organisme ont toujours été à l'équilibre, il se peut que cela ne soit plus le cas dans les années à venir si le

³⁵ « Contrôle qui, sans donner une certitude absolue de l'exactitude des données, permet de les considérer comme plausibles » (Larousse, 2012).

nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS augmente de manière trop importante. Pour la première fois en 2011, la mission Santé du Sénat a souligné la faible prévisibilité des recettes de l'organisme essentiellement constituées d'une taxe qui peut largement fluctuer en fonction du chiffre d'affaires des OC et du contexte économique. Jean François Chadelat ancien directeur du Fonds CMU, et désormais président du CA, s'inquiète fortement de cette situation (Fonds CMU, 2012).

« Progressivement, l'Etat s'est désengagé des financements (...). Pour Le Fonds, c'était une sécurité, l'assurance que l'on ne viendrait pas charger sa barque inconsidérément. Nous devons donc être vigilants et peaufiner nos prévisions, pour garantir aux neuf millions de personnes qui vivent en dessous des seuils de la CMU-C et de l'ACS que ces dispositifs qui leur permettent d'accéder aux soins ne courent pas de risque financier ».

Extrait de l'éditorial de Jean-François Chadelat, pour le n°49 de la Lettre du Fonds, *Références CMU*, 2012.

Le projet de Loi de finances pour 2013 propose donc de diversifier à nouveau les recettes du Fonds par l'affectation du produit des taxes sur les boissons à sucre ajouté et contenant des édulcorants, pour un montant de près de 360 millions d'euros pour l'année 2013. Cela consoliderait le financement de la CMU-C et de l'ACS, malgré la suppression définitive de la dotation d'équilibre de l'Etat.

Evaluation des recettes et des dépenses du Fonds CMU en 2011 (en millions d'euros)

Recettes	1 885
Contribution des Organismes complémentaires (OC)	1 885
Dotations de l'Etat	0
Dépenses	1 798
Remboursement aux régimes de base d'Assurance maladie au titre des dépenses de CMU-C qu'ils gèrent	1 636
Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	161
Dépenses de gestion administrative du Fonds	1
Solde	87

Sources : Projet annuel de performances (PAP) pour 2011 de la mission « Santé » du Sénat.

La mission de financement et de contrôle du Fonds amène, en tout cas, l'organisme à disposer d'informations précises et fiables concernant le nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de

l'ACS. L'organisation des remontées d'informations des gestionnaires, vers le Fonds, n'a cependant pas été de tout repos et elle ne s'est vraiment stabilisée qu'au cours de l'année 2005 (Fonds CMU, 2006). Ces informations sont pourtant d'autant plus précieuses que le Fonds CMU a d'autres missions que celle de financeur de la complémentaire gratuite ou aidée. Il est, en effet, responsable du suivi et de l'analyse quantitative et qualitative de ces dispositifs, de leur évaluation aussi afin d'orienter leur application et de faire des propositions pour les améliorer, ainsi que le souligne Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU :

« Il s'agit de financer mais pas seulement. Le Fonds est un analyste de la CMU et l'analyse nécessite qu'on travaille sur tous les aspects. L'analyse se construit à partir des infos produites en interne et de celles qu'on va chercher. De plus en plus, on est devenu un producteur de connaissances et ce rôle va continuer à se renforcer. C'est là que s'exerce notre marge de manoeuvre ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

2.2 - Une mission d'analyse et d'évaluation qui le positionne en expert de la CMU

La dénomination « Fonds CMU » suggère que l'organisme remplit essentiellement une fonction de financeur des dispositifs de la protection complémentaire gratuite ou aidée. Ce n'est cependant pas le cas. A côté de sa mission de financement, le Fonds analyse la mise en oeuvre du dispositif CMU dans ses aspects économiques, sanitaires et sociaux. Il est chargé d'identifier les difficultés d'application, de formuler des propositions d'amélioration et des mises au point (Fonds CMU, 2003). *In fine*, l'objectif est d'esquisser des orientations possibles pour renforcer la performance de la CMU (Fonds CMU, 2005). La Lettre de mission qu'a reçue l'organisme au moment de sa création souligne bien qu'il a « *un rôle actif d'analyse qui doit l'amener à orienter le dispositif CMU et sa mise en oeuvre* »³⁶. Dans cette perspective, le Fonds assure depuis 2003 l'évaluation de la loi CMU qui a lieu tous les deux ans. La première évaluation a, quant à elle, été réalisée par l'IGAS et a reposé sur un dispositif d'évaluation particulier que nous évoquerons plus loin dans ce chapitre.

Le Fonds n'a pas de pouvoir normatif. L'orientation de la CMU repose principalement sur les propositions faites à ses ministères de tutelle à travers des notes, au sein des rapports

³⁶ Extrait issu de cette Lettre de mission, mise à notre disposition par le Fonds CMU.

d'activité et d'évaluation. Ces propositions, si elles concernent plus directement la mise en œuvre des droits CMU-C et ACS, sont adressées directement aux régimes d'Assurance maladie, discutées dans le cadre des organes de gouvernance du Fonds ou travaillées lors de réunions avec des membres de la CNAMTS. Le travail d'orientation se fait, en effet, davantage de manière informelle lors des réunions et des échanges avec les acteurs concernés par la Couverture maladie universelle (CMU). Le Fonds joue ainsi un rôle de relais informationnel pour permettre « *une meilleure communication entre les acteurs impliqués dans le dispositif CMU malgré des centres d'intérêt variables voire des divergences d'intérêt* » (IGAS, 2001). Il a aussi pour vocation de maintenir un niveau de connaissances commun et de faire converger les regards sur certains aspects de la CMU afin de lancer des alertes sur des sujets jugés problématiques, comme nous l'explique Bruno Négroni :

« Le Fonds peut faire des propositions aux ministères de tutelle pour améliorer les dispositifs. Celles-ci doivent être acceptées par les ministères puis votées. On fait nos propositions par notes, dans les rapports d'activité ou d'évaluation ce qui peut avoir plus de poids. Mais pour qu'elles soient acceptées, il faut convaincre une des tutelles, en général le ministère de la Santé. Il faut aussi un support législatif pour faire passer la proposition. Actuellement c'est compliqué car il n'y a plus vraiment de support pour la CMU autre que la LFSS, la Loi de finances de la Sécurité sociale. Avant il y avait la loi Diverses dispositions d'ordre social (DOS), loi qui était un peu fourre tout. Aujourd'hui c'est plus difficile de faire passer des propositions. Le Fonds a une forte autonomie et des marges de manœuvre pour choisir ce à quoi il s'intéresse mais pas pour ce qui est législatif. Donc il faut qu'on soit bon pour suggérer, convaincre en diffusant la connaissance. Avec notre marge de manœuvre, on peut aussi être lanceur d'alerte vers les autres acteurs et orienter au fil de l'eau ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

2.21 – La concrétisation à retardement de la mission d'analyse et d'évaluation

La mise en place concrète de sa mission d'analyse-évaluation par le Fonds CMU se fait au cours de l'année 2003. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette concrétisation quelque peu tardive. Rappelons que l'organisme existe depuis l'année 2000. Premièrement, durant la première période d'application de la CMU, il s'est concentré sur son organisation interne et sur sa mission de financement ; il a construit les tableaux de bord pour recueillir les

informations émanant des différents acteurs gestionnaires des droits CMU, opérationnalisés les transferts d'informations avec les régimes de base de l'Assurance maladie et avec l'ACOSS.

« Au départ, ce sont les opérations relatives au financement qui ont constitué le cœur de l'activité du Fonds. Et ce n'était pas une mince affaire. Pendant longtemps, les transferts d'infos ont connu de sérieuses limites... Une fois que le Fonds a trouvé son rythme de croisière pour assurer sa mission centrale de financement de la CMU-C, on a pu investir la mission analyse et évaluation ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Deuxième raison pour expliquer cette mise en route tardive : lors du vote de la loi CMU, un protocole de suivi et un protocole d'analyse spécifiques ont été prévus par le ministère de la Santé et des Affaires sociales, pour les deux premières années de mise en œuvre du dispositif (IGAS, 2001)³⁷. Pour ces protocoles, le Fonds n'est pas le coordinateur, mais un acteur fournisseur d'informations parmi d'autres. Leur coordination est assurée par le ministère et par sa Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (encadré 1).

Pour le protocole de suivi de la loi, la remontée des informations quantitatives repose sur les Caisses nationales d'assurance maladie qui doivent transmettre leurs données statistiques chaque mois à la DREES, mais aussi à la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère. Par ailleurs, l'ACOSS doit leur communiquer plusieurs informations démographiques et financières relatives aux OC.

Pour effectuer un suivi plus qualitatif, il est convenu que les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) organisent chaque mois jusqu'en juin 2000, puis chaque trimestre, une réunion d'information et de concertation avec les CPAM de leur circonscription. Ces rencontres sont *« destinées à faire le point sur la montée en charge du dispositif dans les différents territoires, sur les relations entre les partenaires et sur les éventuelles difficultés de mise en œuvre »* (IGAS, 2001). La CNAMTS reçoit, en parallèle, des remontées trimestrielles d'informations établies par les CPAM, à partir d'un questionnaire

³⁷ Ainsi par une lettre adressée aux Préfets de région et aux directeurs des organismes d'Assurance maladie de base et complémentaire le 17 janvier 2000, le ministère organise le suivi jusqu'à la fin 2001, date à laquelle le premier rapport d'évaluation doit être rendu.

portant notamment sur les mesures de lissage de l'effet de seuil et la participation des professionnels de santé au dispositif CMU. Les rencontres et les questionnaires ont vocation à améliorer la compréhension du fonctionnement sur le terrain de la CMU, les informations issues de ces deux mécanismes étant *in fine* synthétisées par la CNAMTS puis envoyées à la Direction de la sécurité sociale (DSS).

Encadré 1 **Présentation de la DREES**

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle agit sous la tutelle du ministère de l'Economie et des Finances, du ministère des Affaires sociales et de la Santé et du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Mise en place par le décret du 30 novembre 1998, la DREES a une mission centrale : doter ses ministères de tutelle, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement.

La DREES fait partie du service public statistique et a vocation à fournir aux décideurs publics, aux citoyens, aux responsables économiques et sociaux, des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales. En liaison avec le ministère chargé de la Recherche et les autres organismes spécialisés dans ce domaine, la mission recherche de la DREES - la MIRE - participe à la politique de recherche dans le champ des sciences de l'homme et de la société, dans les domaines de la santé, de la solidarité et de la protection sociale. Elle effectue des travaux de synthèse majeurs - Comptes nationaux de la santé, Comptes de la protection sociale, l'état de santé de la population en France... - et diffuse les résultats de ses travaux à travers des publications, comme la collection *Études et résultats*. Elle contribue à l'évaluation des résultats et des impacts sociaux et économiques des politiques sociales et coordonne la conception, la validation et la mise en œuvre des méthodes d'évaluation.

La DREES se décompose en sous-directions. L'une nous intéresse ici plus particulièrement : la sous-direction « Observation de la santé et de l'Assurance maladie » qui conçoit et réalise les statistiques et conduit les études concernant les politiques sanitaires, le système de santé et l'assurance maladie. La sous-direction est responsable de la coordination du système statistique en matière de santé. Elle élabore les statistiques et analyses relatives aux établissements et aux professions de santé, à l'état de santé de la population et au financement du système de santé. Cette sous-direction est elle-même constituée de plusieurs bureaux dont deux approchent la CMU. Il s'agit d'une part du bureau « dépenses de santé et des relations avec l'Assurance maladie » qui recueille des informations et réalise des études sur les dépenses de santé des ménages, leur couverture maladie, le marché du médicament et la situation économique des établissements de santé et d'autre part du bureau « état de santé de la population » qui travaille sur l'état de santé de la population ainsi que ses attitudes vis-à-vis de la santé et sur la morbidité.

Sources : site Internet de la DREES.

Ces différents éléments ont vocation à assurer un suivi précis du démarrage de la CMU. Ils sont cependant insuffisants pour analyser dans quelle mesure le dispositif répond bien aux objectifs qui lui sont assignés, en matière d'amélioration de l'accès aux soins pour les populations démunies. Pour les compléter, un protocole d'analyse piloté par la DSS et la DREES, associant les trois Caisses nationales d'assurance maladie, le Fonds CMU et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), a été imaginé (IGAS, 2001). Il repose sur plusieurs opérations qui doivent être effectuées avant 2002 :

- le bilan de l'Aide médicale départementale (AMD),
- le suivi quantitatif de la montée en charge du dispositif de la CMU deux fois par an,
- la mobilisation de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) et de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (SPS) pour analyser la consommation de soins et suivre les dépenses des bénéficiaires,
- une enquête auprès des bénéficiaires de la CMU pour recueillir leurs avis sur le dispositif et sur leur recours aux soins,
- une enquête qualitative concernant plus spécifiquement la mise en oeuvre sur le terrain.

L'ensemble de ces éléments est mobilisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui est missionnée pour réaliser, fin 2001, la première évaluation de la loi CMU. Initialement donc et même si le suivi et l'analyse sont inscrits dès l'origine dans les missions du Fonds CMU, le ministère de la Santé et des Affaires sociales a élaboré des protocoles qui ne laissent finalement qu'une place réduite au Fonds CMU. Couplé au centrage sur sa mission de financement, cela a pour effet que le Fonds ne s'investisse, au départ, que peu dans l'analyse de la loi. Par ailleurs en 2002, l'activité du Fonds est ralentie par plusieurs événements : d'une part le 1^{er} directeur de l'organisme quitte ses fonctions et c'est le directeur adjoint qui assure la direction par intérim, cela pendant plus de neuf mois. La nomination de Jean-François Chadelat n'est, en effet, intervenue que par un arrêté interministériel du 25 janvier 2003 publié au Journal Officiel du 4 février ; ce n'est donc qu'en janvier 2003 qu'un nouveau directeur est nommé (Fonds CMU, 2003).

A cette période enfin, le Conseil de surveillance du Fonds est en hibernation. Les législatives de 2002 ont amené des évolutions à l'Assemblée nationale ; le Parti socialiste (PS) perd plus d'une centaine de sièges, tandis que l'Union pour la majorité présidentielle (UMP) acquiert

une confortable majorité de députés. Pendant de longs mois, le Conseil du Fonds ne dispose plus de parlementaires, ni de présidence. La conséquence est que cet organe indispensable pour élaborer et mener la mission d'analyse de la loi ne se réunit plus. Les choses rentrent là encore dans l'ordre en 2003. Le texte procédant à la nomination des trois membres de l'Assemblée Nationale, consécutive aux élections législatives de juin 2002, intervient par un arrêté du 26 mars 2003 publié au Journal Officiel du 8 avril 2003 (Fonds CMU, 2003)

Plusieurs éléments permettent ainsi d'expliquer que la mission de suivi et d'analyse du Fonds ne se mette pas en place dès la création de l'organisme. C'est en 2003, une fois le fonctionnement du Fonds stabilisé, que cette mission est investie, particulièrement par le directeur adjoint « *qui compte parmi ses prérogatives le pilotage de l'analyse* »³⁸. Le fait que le ministère de la Santé confie la seconde évaluation de la loi au Fonds CMU est d'ailleurs un acte important qui enclenche la mise en route du second pan de missions de l'organisme. La réalisation de l'évaluation permet, en effet, au Fonds d'expérimenter les moyens par lesquels il peut bâtir une analyse solide de la loi, de déterminer précisément les acteurs qui disposent d'informations et qui produisent des analyses sur la CMU, acteurs qu'il peut potentiellement solliciter dans l'exercice évaluatif. C'est par conséquent à partir de l'année 2003 que l'organisme construit concrètement le processus d'analyse de la CMU, processus qui emprunte plusieurs voies.

2.22 – Le Fonds CMU : catalyseur d'informations, diffuseur d'analyses et d'idées

Les voies par lesquelles le Fonds CMU remplit sa mission d'analyste-évaluateur sont les suivantes : premièrement, l'organisme produit des informations quantitatives à partir des données dont il dispose au sein de son système d'informations ; deuxièmement, il réalise un travail de veille de l'ensemble de travaux menés sur la CMU ; troisièmement, il recueille les prises de position et les réflexions des autres acteurs concernés par le dispositif, à travers son Conseil de surveillance et les réunions qu'il pilote régulièrement ; enfin il commande ses propres études sur des points qui lui paraissent moins documentés. L'ensemble de ces informations lui permet de produire des analyses approfondies sur la CMU, analyses qu'il diffuse ensuite par l'intermédiaire de plusieurs supports et par un travail permanent d'animation du réseau d'acteurs.

³⁸ Extrait de l'entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

A. La production interne et la collecte d'informations

En premier lieu, le Fonds produit des informations quantitatives à partir des données provenant des régimes de base de l'Assurance maladie et des Organismes complémentaires (OC), qu'ils collectent en permanence dans le cadre de sa mission de financeur. Pour récupérer ces informations, l'organisme a construit des tableaux de bord informatisés ; les informations stockées sont relatives aux bénéficiaires de la CMU, mais aussi aux OC. Le financement du Fonds par les Complémentaires santé fait de lui le dépositaire de données qu'il est le seul à détenir (Fonds CMU, 2005). L'organisme constitue ainsi un observatoire à la fois des bénéficiaires effectifs des dispositifs de la CMU et du monde des Complémentaires santé.

S'il s'en tient aux données nécessaires à sa mission de financement, le Fonds CMU peut suivre l'évolution des effectifs de bénéficiaires des différentes prestations³⁹ qui constituent la CMU, sans toutefois pouvoir en dresser un portrait détaillé. Il peut essentiellement caractériser les bénéficiaires en fonction du gestionnaire de leur contrat et, le cas échéant, de leur régime de base d'Assurance maladie. Pour compléter les informations produites en interne, l'organisme collecte des données statistiques auprès d'acteurs de différentes natures, sollicités en particulier pour préciser le profil des bénéficiaires CMU-C et ACS en fonction de leur âge, de leur sexe et de leur répartition territoriale. Si le Fonds CMU procède à la collecte de données statistiques, il effectue parallèlement un travail de veille de certaines publications relatives plus ou moins directement à la CMU (Fonds CMU, 2003), afin de recueillir des analyses plus qualitatives sur le dispositif.

La veille effectuée par le Fonds CMU porte notamment sur l'une des publications majeures de la Direction des études et des statistiques de la CNAMTS, publication intitulée *Point stats*. Les numéros de la revue portant sur la CMU-Contiennent des dénombrements des bénéficiaires, des éléments de caractérisation et s'intéressent à leur consommation de soins⁴⁰, au niveau et à la structure de leurs dépenses de santé, afin de les comparer avec ceux des

³⁹ Pour l'ACS, il peut distinguer le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les Caisses primaires d'assurance maladie et le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation auprès d'un organisme complémentaire.

⁴⁰ Par exemple, CNAMTS – DSE « La consommation des soins de ville des bénéficiaires de la CMU au terme d'une année de remboursement » *Point Stat* n° 31, Mars 2001 ; CNAMTS – DSE « Un an de couverture maladie universelle (dénombrements des bénéficiaires et structure des dépenses), *Point Stat* n° 32, avril 2001.

personnes couvertes par une complémentaire santé hors CMU. Les statistiques construites par la CNAMTS ne comportent cependant pas d'informations sur la situation socioprofessionnelle des bénéficiaires ou sur leurs revenus, en raison des limites de la « Base Ressources » des CPAM (Fonds CMU, 2004) qui ne sert qu'à ouvrir les droits et non à effectuer des statistiques.

Comme nous l'avons souligné plus tôt dans ce chapitre, le suivi et l'analyse de la CMU ont été pilotés entre 2000 et 2002 par la DREES, qui a organisé tout un système de remontées d'informations pour mener à bien sa mission. Ce n'est pas parce que ce dispositif est arrivé à son terme que la DREES a cessé de produire des statistiques sur la CMU et à les analyser dans ses publications phares. La revue *Etudes et résultats* propose ainsi, deux fois par an, des numéros sur la CMU qui indiquent le nombre de bénéficiaires, les flux d'entrants et de sortants du dispositif, leurs caractéristiques, leur répartition sur le territoire, mais aussi l'impact du dispositif sur la consommation individuelle de soins et sur l'état de santé des bénéficiaires⁴¹.

Bénédicte Boisguérin, chargée d'études travaillant au Bureau des dépenses de santé et des relations avec l'Assurance maladie de la DREES, rédige la plupart des numéros relatifs à la Couverture maladie universelle (CMU). Les parutions, qui ont lieu environ tous les 6 mois, permettent au Fonds CMU de comparer ses propres chiffres avec ceux produits par la DREES et de disposer d'informations qu'il ne produit pas en interne, notamment celles relatives à l'accès aux soins et à l'état de santé des bénéficiaires. Sur ces derniers points, la DREES travaille en collaboration avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) (encadré 2).

Cet institut mène tous les deux ans l'enquête Santé et protection sociale (SPS) qui, si elle ne se centre pas uniquement sur la CMU, aborde cette forme de protection maladie et les comportements des bénéficiaires par rapport aux soins. Les informations qui en sont issues permettent au Fonds CMU de compléter celles de la CNAMTS et de la DREES concernant les ressources des bénéficiaires, leur situation socio-économique et leur appartenance

⁴¹ Par exemple, *Etudes et résultats* n° 96, décembre 2000, *Etudes et résultats* n° 126, juillet 2001 « L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999 », *Etudes et résultats* n° 128, août 2001 « Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 mars 2001 » ;

socioprofessionnelle, mais aussi d'affiner la compréhension des comportements par rapport aux soins.

Encadré 2 **Présentation de l'IRDES**

Producteur de données et d'analyses, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a pour objectif de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé. Multidisciplinaire, l'équipe de l'IRDES observe et analyse l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins à la fois sous l'angle médical, économique, géographique... La mise à disposition de l'information ainsi que la formation font également partie de ses missions.

L'Institut conçoit et réalise des enquêtes périodiques ou ponctuelles sur des échantillons de population, d'institutions et de professionnels de santé, pour collecter des données sur l'état de santé de la population, le recours aux soins, la couverture maladie et la production de soins. Il réalise depuis 1988 l'Enquête santé protection sociale (SPS). Des accords de partenariat lui permettent également d'exploiter des enquêtes sur des panels ou des échantillons réalisés par d'autres organismes (INSEE, IMS-HEALTH...).

L'IRDES réalise des études qui s'appuient sur les données des enquêtes qu'il effectue ou qu'il exploite, sur des analyses bibliographiques ou sur des comparaisons internationales. Ces études explorent des problématiques variées, relatives aussi bien à l'offre qu'à la demande de soins, sous un angle macro ou micro-économique : organisation, financement et régulation des soins ambulatoires et hospitaliers, régulation des professions de santé, pratiques professionnelles ; état de santé de la population et ses déterminants, inégalités de santé et de recours aux soins, consommation de médicaments, relations entre santé et marché du travail ; assurance maladie obligatoire et complémentaire, analyse des politiques et réformes mises en place, comparaisons des systèmes de santé.

L'Institut développe différents moyens et supports pour faciliter l'accès à l'information. Sa politique éditoriale repose sur deux axes : d'une part, la diffusion de résultats d'études, de recherche ou d'enquêtes s'adressant à un public large. Cette diffusion est effectuée par l'intermédiaire du mensuel de synthèse *Questions d'économie de la santé* (QES). D'autre part, la mise à disposition, en premier lieu de la communauté scientifique, de travaux de recherche ayant pour ambition la publication dans des revues à comités de lecture. Ils sont diffusés à travers la série des *Documents de travail* et ont vocation à alimenter le débat scientifique. En ce sens, ils servent aussi de supports à des séminaires lors desquels ils sont discutés afin d'être enrichis. Les *Rapports de l'IRDES* s'inscrivent dans la continuité de ces deux axes et permettent de diffuser les résultats complets d'études et de recherches.

Sources : site Internet de l'IRDES, <http://www.irdes.fr>

Pour le Fonds CMU, ce travail de veille mené plus spécifiquement auprès de certains acteurs administratifs et scientifiques constitue un appui essentiel à sa mission d'analyse et d'orientation de la CMU. Car s'il lui fournit des données quantitatives, « *il participe surtout à*

étayer la réflexion qualitative » de l'organisme comme nous l'explique Bruno Négroni lors d'une discussion en mars 2008. La veille concerne également les publications d'autres équipes de recherche, la presse quotidienne, mais aussi les réflexions provenant d'acteurs associatifs (Fonds CMU, 2003). Le Fonds CMU est ainsi tout particulièrement attentif aux travaux de Médecins du monde (MDM), construits à partir de son Observatoire de l'accès aux soins et concernant des populations qui ne sont pas nécessairement connues des organismes de l'Assurance maladie.

Au moment de la réalisation des rapports d'évaluation, l'ensemble de ces acteurs est sollicité pour transmettre des observations et analyses sur le fonctionnement des dispositifs de la CMU. Si la construction d'une réflexion plus qualitative s'amorce par un travail de veille et de mise en commun des analyses produites chacun, elle passe aussi par les échanges lors des réunions du Conseil de surveillance du Fonds et par sa capacité à impulser des rencontres régulières avec les acteurs de la CMU, que ce soit les caisses, les Organismes complémentaires (OC), les associations de lutte contre les exclusions...

C. Le Conseil de surveillance, un lieu d'échange et d'animation du réseau

La production de l'analyse qualitative se construit pour une part importante au sein du Conseil de surveillance du Fonds qui « *concourt au suivi et à l'analyse de la mise en oeuvre de la Couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social* » (Fonds CMU, 2003). En réunissant autour de la table des acteurs politiques, administratifs, associatifs et les Fédérations des OC, il constitue un lieu propice aux échanges et une occasion « *de faire des points d'étape sur le dispositif et de connaître les prises de position et les intérêts de chacun* »⁴². Les discussions menées en son sein peuvent être l'occasion de faire émerger des thématiques sur lesquelles il semble intéressant de procéder à des analyses approfondies. « *Le Conseil de surveillance ne peut cependant pas se réunir aussi fréquemment que souhaité* » rappelle Bruno Négroni. Cela a été particulièrement le cas durant les deux premières années d'application de la CMU.

L'analyse qualitative passe donc parallèlement par l'organisation de réunions à l'initiative du Fonds et par un travail d'animation permanente du réseau d'acteurs concernés par le dispositif (Fonds CMU, 2003). L'organisme jouit, en effet, d'une position tout à fait singulière dans le

⁴² Extrait d'une discussion avec Bernard Moriau, ancien représentant de MDM au Conseil de surveillance, lors du colloque organisé à l'occasion des dix ans de la loi CMU.

paysage de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire, qui lui permet d'échanger avec l'ensemble des acteurs nationaux et locaux, que ce soit à l'occasion des Conseils de surveillance ou lors de rencontres plus informelles.

« On est en interaction avec les régimes de base, avec les Organismes complémentaires, avec les directions ministérielles mais également avec les associatifs, les caisses locales et on profite de ce positionnement pour bâtir des analyses qui tiennent compte de l'ensemble des points de vue ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

Des échanges existent également avec des acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans le dispositif CMU, mais qui sont incontournables dans le monde plus large de la protection maladie. On pense notamment au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dont les membres participent occasionnellement aux réunions du Conseil de surveillance du Fonds. Instance de réflexion et de propositions créée en 2003, le HCAAM contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'Assurance maladie. Comme nous l'explique le président du HCAAM, le Fonds CMU et le Haut conseil sont ainsi amenés à dialoguer sur les évolutions possibles concernant la prise en charge de ces populations, enjeu fort de la réforme du système de protection de la santé en France (Fonds CMU, 2009).

« Bien sur qu'on échange. Le Fonds se concentre sur la CMU, le Haut conseil a un regard plus général mais notre travail se recoupe et se nourrit... Les avis peuvent diverger et c'est normal, c'est nécessaire ».

Entretien avec Bertrand Fragonard, ancien directeur de la CNAF et de la CNAMTS, président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), avril 2009.

Car si la CMU est un dispositif particulier et spécifique dans ses principes, son financement et sa mise en œuvre, elle n'en reste pas moins une pièce du vaste puzzle que constitue la protection maladie obligatoire et complémentaire en France. Pièce qui se situe dans une position tout à fait originale et inédite puisque située au centre du puzzle, au point de rencontre de l'Assurance maladie de base et complémentaire.

Que ce soit au sein du Conseil de surveillance, dans les réunions qu'il organise ou lors de rencontres avec des acteurs majeurs de la protection maladie, le Fonds CMU tend à recueillir des informations et les prises de position des différents acteurs pour les réinjecter dans son exercice d'analyse évaluatif de la loi. Cet exercice résulte ainsi également des contacts noués par le Fonds avec les différents acteurs institutionnels concernés par la mise en oeuvre de la loi (IGAS, 2001). Une dernière voie est empruntée par l'organisme pour effectuer sa mission d'analyste : celle de la commande et du pilotage d'études portant sur des points particuliers de la CMU-C et de l'ACS qui lui paraissent moins documentés et sur lesquels il veut orienter le regard des autres acteurs.

« Le Fonds consacre une partie de son budget à la réalisation d'études. Soit on les commande, soit on s'associe à des équipes de recherche ou à des caisses qui travaillent déjà sur certains sujets. Là on est moins dans la mise en commun d'informations, que dans un rôle d'éclaireur ou d'alerte sur des points qui nous semblent plus faibles en termes de connaissances. On travaille de deux manières, on produit des analyses identiques toutes les années pour pouvoir suivre des tendances, voir comment les choses évoluent et on introduit des analyses nouvelles. Le fait d'être en lien avec de nombreux partenaires permet cela ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

D. La commande et le pilotage d'études pour orienter le regard des acteurs de la CMU

A côté mais aussi à partir du travail de veille, le Fonds commande ou s'associe à des travaux d'études sur des points particuliers de la CMU ou sur des thématiques qu'ils jugent ainsi insuffisamment connues (Fonds CMU, 2005). Ainsi que l'exprime Raphaëlle Verniolle, les thèmes sont soit proposés par la direction du Fonds puis discutées au sein du Conseil de surveillance et enfin votées en Conseil d'administration, soit proposées par des acteurs administratifs ou scientifiques et saisies par le Fonds. En général, lorsqu'une thématique est retenue pour faire l'objet d'études, l'organisme prépare un appel à projets qui est ensuite diffusé vers des partenaires réguliers et de manière large vers une cinquantaine d'universités françaises (Fonds CMU, 2006).

« Le Fonds a une marge de manœuvre, il est plutôt autonome dans ses choix de sujets même si ceux-ci relèvent généralement, comment dire, de la concertation entre les organismes

concernés par la CMU-C et l'ACS. Le Fonds est aussi autonome dans le choix de ses partenaires ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

L'objectif est de construire des analyses renouvelées sur les prestations de la CMU-C et de l'ACS à partir d'enquêtes pré-existantes, mais également en expérimentant des méthodes d'enquêtes innovantes. Dans cette perspective, le Fonds travaille de manière étroite avec l'IRDES pour procéder à des exploitations particulières de l'enquête SPS et pour mener des travaux complémentaires à cette enquête (Legal et Wittwer, 2006 ; Desprès, 2010). Mais le Fonds s'associe également avec des équipes de recherche partout en France, comme c'est par exemple le cas avec l'ODENORE (Revil, 2006 ; André-Poyaud, Chauveaud, Revil et Warin, 2010). L'objectif de ce type de collaborations est de sortir des grandes enquêtes nationales, d'expérimenter d'autres protocoles scientifiques et de mobiliser des données territoriales pour proposer un regard novateur sur la CMU.

L'organisme participe également à des travaux menés par des CPAM ou des Caisses de la mutualité sociale agricole (MSA)⁴³. La sollicitation peut venir du Fonds comme de ces organismes, ou être faites à l'initiative d'un tiers. On peut penser à l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S) dont les élèves effectuent au cours de leur formation une « recherche action » sur des sujets intéressant l'institution de la Sécurité sociale. Le Fonds participe à certaines de ses recherches après discussion des thématiques qui paraissent les plus opportunes et d'actualité, en co-dirigeant les travaux menés par les élèves (Fonds CMU, 2011). Le directeur de l'EN3S nous le précise :

« L'EN3S a déployé depuis quelques années une activité de recherche afin de participer à la production de connaissances sur l'institution de la Sécurité sociale et de donner aux élèves un aperçu des débats importants... Cette activité se traduit notamment par la réalisation de recherches action par des groupes d'élèves avec des organismes administratifs, des caisses... ».

Entretien avec Claude Bigot, directeur de l'Ecole nationale de la Sécurité sociale (EN3S), juin 2008.

⁴³ Les MSA sont les organismes locaux du régime agricole de la Sécurité sociale. Pour les assurés relevant de ce régime, elles gèrent l'ensemble des prestations relatives aux risques maladie, famille et retraite. En ce sens, les MSA sont ce que l'on peut appeler un « guichet unique » puisqu'elles remplissent les missions des CPAM, des CAF et des CARSAT dans le régime général de la Sécurité sociale.

Enfin, les services déconcentrés de l'Etat, impliqués dans le pilotage de la CMU (IGAS, 2001) peuvent aussi être des partenaires pertinents pour mener des études. Ceci est plus fréquent dans les premières années d'application de la loi, durant lesquelles les DRASS ont un rôle essentiel dans le pilotage territorial de CMU et dans la coordination de sa mise en œuvre au sein des différentes circonscriptions d'une région. Depuis la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) en 2009 par la Loi Hôpital patients santé territoires (HPST), des discussions ont lieu entre le Fonds CMU et les agences sans toutefois aboutir pour l'instant à la réalisation d'études en commun⁴⁴.

L'une des premières études commandées en 2003 par le Fonds illustre bien la diversité des partenariats qui sont les siens mais aussi ses objectifs. Elle s'intitule « Monographie territoriale des bénéficiaires de la CMU et analyse du recours et des consommations de soins ». Elle a été menée par le Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire (CAREPS), qui est co-piloté par la DRASS Rhône-Alpes en collaboration avec la CPAM de Lyon. A travers ce type de travaux, le Fonds a une visée cognitive mais pas uniquement. Il s'agit de connaître le profil et la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU à une échelle infra nationale, ceci pour avoir des éléments de comparaison avec des données produites au niveau national par des acteurs dont nous avons déjà eu l'occasion de parler. L'objectif de ce travail est aussi d'étudier la faisabilité d'un état des lieux quantitatif de la CMU à partir d'une échelle départementale et de rechercher des indicateurs pertinents en matière de consommation de soins pour les CPAM (Fonds CMU, 2004).

Cette étude a ainsi un caractère méthodologique fort et tend à cerner l'apport des données disponibles dans les Caisses primaires. Et c'est bien là un objectif du Fonds CMU ; il souhaite participer au développement de méthodes et mobiliser des informations sous exploitées afin de construire sur la CMU une connaissance différente de celle élaborée par les acteurs nationaux. Les méthodes doivent en outre pouvoir être mobilisées régulièrement par les acteurs administratifs pour piloter le dispositif de la CMU au niveau territorial. Dans le prolongement de ce travail financé par le Fonds, la CPAM de Lyon a d'ailleurs mis en place un système de requêtes pour les autres caisses locales des trois grands régimes d'Assurance maladie. L'objectif est bien « *d'expérimenter des méthodes et d'élaborer des indicateurs*

⁴⁴ Discussion avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds, à l'occasion des Journées scientifiques de l'ODENORE en janvier 2012.

permettant aux acteurs de renouveler cette étude périodiquement et à un coût raisonnable et de réaliser le lourd investissement méthodologique initial afin que les travaux ultérieurs se consacrent plus à l'exploitation des données, à la présentation des résultats ou à la recherche de données d'accès plus difficile » (Fonds CMU, 2004).

E. Des outils pour la diffusion de l'analyse et de la réflexion

« On est producteur de connaissances et du coup éclairer. Notre rôle c'est de recueillir l'information, de l'analyser et de la redistribuer pour que tout le monde en bénéficie. Enfin tout le monde... ceux qui sont concernés par la CMU. On oriente le regard aussi de ceux qui ont la tête dans le guidon comme on dit. On est bien situé pour cela, on n'est pas gestionnaire de ces dispositifs, par contre on rencontre tous les gestionnaires et on diffuse par ce biais les idées ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

A travers sa mission d'analyse et en empruntant différentes voies, le Fonds nourrit une réflexion approfondie sur la CMU-C et l'ACS. Il la diffuse par son rôle d'animateur du réseau d'acteurs et grâce à plusieurs outils : les rapports qu'il rédige, avec parmi les plus importants le rapport d'activité et le rapport d'évaluation de la loi CMU, mais aussi le rapport prix/contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS et celui sur la dépense moyenne de la CMU-C par bénéficiaire. Il propose aussi un annuaire statistique mis à jour régulièrement et une publication trimestrielle *Références CMU* pour maintenir un socle de connaissances commun aux différents acteurs concernés par la CMU. Cette lettre d'information, tirée à 4000 exemplaires pour chaque parution, constitue en effet un outil pour diffuser de la connaissance auprès des organismes complémentaires, caisses d'assurance maladie, administrations, associations, chercheurs... Elle contient les principales données chiffrées - nombre de bénéficiaires, assiette de la contribution des OC - et des analyses relatives à certaines de ces données. Elle présente les dernières études réalisées et revient sur les délibérations du Fonds au sein des Conseils de surveillance et d'administration. Y figurent également des informations réglementaires et des éléments adressés plus spécifiquement aux Organismes complémentaires (OC) (Fonds CMU, 2007). Ainsi que des synthèses des études et recherches réalisées par ou avec le Fonds.

Autre outil : le site Internet du Fonds. Créé en 2002 initialement pour mettre à disposition de tous la liste nationale des organismes complémentaires participant à la gestion de contrats CMU-C⁴⁵, le site a très vite été complété par d'autres informations relatives aux OC (adresses des points d'accueil, guichets). Il présente de plus en plus d'informations générales sur la CMU, le Fonds et ses missions, un descriptif précis des prestations composant la CMU et des modalités pour y accéder, les soins pris en charge, une foire aux questions les plus fréquemment posées par les ressortissants des dispositifs financés par le Fonds. Il est en cela un outil important, au travers duquel remontent les difficultés rencontrées par les bénéficiaires effectifs ou potentiels des droits CMU-C et ACS. Les études et rapports y sont accessibles, tout comme les lettres d'informations publiées par le Fonds. Le site ne vise pas directement l'information des bénéficiaires sur leurs droits individuels, mais se veut de plus en plus un outil complet d'information pour tous les acteurs du dispositif, y compris désormais les ressortissants effectifs ou potentiels (Fonds CMU, 2012). A l'instar de cela, le site Internet a été entièrement révisé en 2012 pour en faire l'un des outils majeurs du Fonds dans sa mission d'information et un outil participant pleinement à l'amélioration de l'accès aux droits CMU.

2.3 - Un acteur structurant dans la régulation de la CMU

Concernant la CMU, le Fonds est un acteur structurant qui affirme progressivement sa légitimité : de part son rôle de financeur mais aussi, et surtout, à travers sa mission d'analyste-évaluateur. Il consolide ainsi, au fil des années, son rôle dans la régulation de la protection maladie de base et complémentaire des populations ayant de faibles revenus. Mais comment qualifier cet organisme ? A première vue, il s'apparente aux autres Fonds créés pour financer des prestations ciblées sur des publics ayant des besoins particuliers et se trouvant exclus des mécanismes assurantiels de la Sécurité sociale. On peut notamment penser au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui assure, depuis 1994, le financement des allocations du minimum vieillesse et d'autres prestations en matière de retraites relevant de la solidarité nationale. Cependant à y regarder de plus près, le Fonds CMU exerce bien d'autres missions que le financement des prestations ciblées visant à améliorer l'accès aux soins, ce qui, nous allons le voir, l'apparente, selon nous, à ce qu'il convient d'appeler de manière générique

⁴⁵ En application du décret du 27 octobre 2011, paru au journal officiel du 29 octobre 2011, le Fonds CMU a désormais pour nouvelle mission d'assurer la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C.

« des agences ». Celles-ci apparaissent, selon Daniel Benamouzig, comme l'une des grandes innovations institutionnelles intervenues dans le domaine de l'action publique au cours des dernières décennies (Benamouzig, 2008a).

2.31 - Les agences, des acteurs hybrides

Revenons en premier lieu sur ces agences, de plus en plus nombreuses en France, pour tenter ensuite de comprendre en quoi le Fonds CMU s'en approche. Contrairement aux pays anglo-saxons ou scandinaves où les agences sont initialement nées et où elles disposent d'une forme juridique et politique bien définie, « *les agences françaises ont été instituées de manière essentiellement contingente, au gré des besoins et des crises* » (Benamouzig, 2008b). En France, la nature et les prérogatives de ces organismes apparaissent peu déterminées, variables d'une agence à l'autre ou même d'une période à l'autre pour certaines. Malgré cette indétermination et cette variété, leur légitimité a été communément renforcée « *par la mise en œuvre de nouvelles formes de régulation publique, inspirées par un ensemble de transformations européennes et, sans doute aussi, par les courants du New Public Management* » (Tabuteau, 2003). Considérées comme des formes administratives à la fois modernes et libérales, offrant une alternative aux administrations intégrées, les agences sont devenues une référence lorsque le New Public Management (NPM) a prôné la séparation entre des fonctions de pilotage stratégique et de mise en œuvre des politiques.

Pour caractériser ces organismes, car c'est bien là une difficulté récurrente, une étude réalisée au sein de l'ENA, en 1996, retient *a minima* le fait de posséder la personnalité juridique dont la forme la plus fréquemment utilisée est celle de l'Etablissement public à caractère administratif (EPA) (Dreyfus et d'Arcy, 1997). Jacques Chevallier explique, quant à lui, que ces nouveaux organismes prennent généralement des fonctions de financement mais aussi de régulation, ces dernières recouvrant des opérations comme le contrôle ou l'évaluation et parfois même la réglementation (Chevallier, 1997). La participation à la régulation suppose toutefois une connaissance intime du secteur à réguler, mais aussi des contacts étroits avec ses représentants, ce qui « *impose un processus de rapprochement avec le milieu et le relâchement corrélatif des contraintes résultant de l'appartenance à la machine bureaucratique* » (Chevallier, 1997). La réalisation de fonctions régulatrices peut être effectuée unilatéralement par les agences ou être partagée avec l'administration centrale. Dans

tous les cas, il semble que les agences soient capables de dépasser certaines difficultés rencontrées par les administrations traditionnelles.

Elles peuvent organiser une implication forte des parties prenantes d'un secteur ou d'un champ d'activités et articuler leur actions, en faisant, par exemple, participer ces parties prenantes à leur gouvernance à un degré allant au delà de la « simple » consultation. D'après J. Chevallier, les agences témoignent d'ailleurs, en général, d'une aptitude au travail en réseau et d'une capacité à coordonner des activités de différentes natures. Ceci notamment parce qu'en apparaissant comme des entités distinctes de l'Etat, elles semblent pouvoir échapper aux conflits d'ordre politique (Chevallier, 1997). Leur pouvoir de structuration d'un secteur et de diffusion de réflexions pensées comme apolitiques s'en trouve considérablement renforcé, consolidant en retour la capacité régulatrice des agences. Il est néanmoins possible que cette neutralité ne soit qu'apparente et que les agences soient, en fait, un bras armé de l'Etat pour bâtir ou conforter le pilotage centralisé d'un secteur (Tabuteau, 2003).

Un rapport de l'Inspection générale des Finances (IGF), consacré à ces structures et intitulé « L'Etat et ses agences », les décrits comme des organismes autonomes dédiés à une mission spécifique, dotés de moyens juridiques et humains, organismes devenus l'une des voies les plus efficaces pour surmonter les difficultés de mise en œuvre et de gestion des politiques publiques (IGF, 2012). L'IGF distingue plusieurs types d'agences d'Etat : les agences de financement, les agences d'animation de réseau et les agences mixtes.

Les premières ont vocation à attribuer leurs concours financiers à des porteurs de projets dans un domaine particulier dont elles assurent la sélection. A titre d'exemple, l'Agence nationale de rénovation urbaine (l'ANRU), créée en 2003, attribue aux communes et aux intercommunalités les subventions du programme national de rénovation urbaine. L'Agence nationale de la recherche (ANR) finance, quant à elle, depuis 2005 des programmes de recherche sélectionnés par appel d'offres. Ces agences de financement exercent une mission jusqu'alors et en général exercée par des services administratifs centraux de l'Etat. Elles diffèrent, selon les auteurs du rapport, des Fonds de financement qui redistribuent les ressources qui leur sont affectées en appliquant des règles normatives qui ne leur laissent pas de marges d'appréciation.

Les agences d'animation de réseau, sans avoir de rôle d'opérateur, normatif ou financier, concourent quant à elles à la structuration d'un secteur par des missions d'information, des observations statistiques, de promotion de la qualité ou d'impulsion de la négociation collective au sein d'un réseau d'acteurs concernés par un domaine ou une politique publique spécifiquement.

Les agences mixtes, comme leur nom l'indique, effectuent plusieurs types de missions allant du financement en passant par des activités d'expertise, d'information et/ou d'animation, d'évaluation et de contrôle. Elles cumulent ainsi plusieurs fonctions, sont en général toutes des agences de financement, mais participent parallèlement à la régulation d'un secteur par l'exercice du contrôle, de la surveillance, mais également de la veille et de l'alerte. Elles peuvent, dans ce cadre, être amenées à délivrer des avis et à réaliser des études techniques ou scientifiques. De manière générale, elles sont obligées de déployer une forte capacité d'expertise et de solides compétences techniques. Tel est le cas de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et de plusieurs agences qui ont vu le jour, au cours des dernières décennies, dans le domaine de la sécurité sanitaire dont elles sont un élément constitutif et structurant (Tabuteau, 2003).

En matière de santé, la création de multiples agences s'inscrit dans un contexte marqué par la survenue de crises graves, à l'image du scandale du sang contaminé, exigeant une réaction visible de l'État. Dans cette perspective et au-delà des enjeux de pouvoir administratif, l'installation des agences interroge le rôle de l'expertise et l'incorporation dans leur travail de savoirs scientifiques, nécessaires pour connaître certains risques sanitaires. Dans un contexte où le principe de précaution a acquis une importance croissante, les agences ont été pensées comme un moyen de réorganiser le recours à la science pour informer la décision politique en situation d'incertitude ou de controverse scientifique.

Leur développement donne ainsi « *un regain d'intérêt à la question traditionnelle depuis Max Weber du face à face entre le savant et le politique, entre l'expert et le décideur. À une relation procédurale entre un service administratif sans compétence technique et une commission d'experts, se substitue un dialogue scientifique entre experts externes et experts internes* » (Tabuteau, 2003). Le type de connaissances à produire par les agences du domaine sanitaire est également devenu source de questionnements, pour tenter de favoriser une

réflexion élargie sur les questions relatives à la santé publique et d'incorporer d'autres réflexions que celles à dominante quantitative et médicale.

2.32 - Le Fonds, une agence mixte au cœur de la protection maladie

Au vu de ces différentes précisions, le Fonds CMU peut-il être considéré comme une agence ? Le cas échéant, de quel type ? En quoi cela peut-il permettre de comprendre son rôle dans l'émergence du non-recours aux droits en matière d'Assurance maladie ? Le Fonds est bien un Etablissement public à caractère administratif (EPA). Cela ne suffit bien entendu pas pour décréter qu'il peut être considéré comme une agence. L'organisme œuvre dans un domaine en particulier, celui de la protection maladie des populations ayant de faibles ressources. Il a une mission de financeur qu'il remplit selon des règles précises et pour laquelle il n'a pas de marge de manœuvre.

Mais sa dénomination peut être trompeuse car il n'assure, en réalité, pas seulement une fonction de financement et de contrôle des dépenses de la CMU-C et de l'ACS. On ne peut en effet que noter la diversité des fonctions remplies et, par conséquent, la proximité du Fonds avec les agences mixtes. Créé initialement pour financer la CMU, il a depuis largement ouvert son champ d'activités et consacre une part substantielle de son temps, et de ses ressources humaines, à la réalisation de ses autres missions souvent englobées dans le terme « analyse de la CMU ». A la différence d'autres Fonds de financement, il déploie une forte capacité d'expertise pour les assumer, capacité qui prend appui sur ses dirigeants ainsi que sur les partenariats tissés avec des acteurs scientifiques.

Le Fonds CMU témoigne d'une aptitude au travail partenarial que ce soit avec des acteurs administratifs ou scientifiques. Son positionnement au cœur de l'ensemble des acteurs concernés par la CMU-C et l'ACS lui permet de réaliser un travail d'analyse permanent et de diffuser cette analyse à travers des supports formels, mais aussi par l'organisation et la participation à des réunions avec les différents acteurs concernés. Toutes les informations, points de vue, prises de position convergent vers le Fonds qui anime en ce sens les discussions relatives à la complémentaire gratuite ou aidée et plus globalement les discussions relatives aux évolutions de la prise en charge des populations précaires concernant le risque maladie. Le fait que le Fonds n'ait pas de pouvoir normatif direct laisse penser aux autres

acteurs concernés par la CMU qu'il est en dehors des jeux politiques. Bien au contraire : le Fonds procède autrement pour faire passer ses idées et contribuer à orienter les décisions à prendre.

En construisant et en diffusant une analyse solide produite dans la concertation, il participe à la structuration du champ de la protection maladie, oriente les discussions relatives à la CMU et fait ressortir certains enjeux plutôt que d'autres. Si les propositions qu'il fait directement aux ministères de tutelle ne sont pas toujours entendues, ni prises en compte, son travail d'orientation de la CMU passe tout autant, sinon plus, par les contacts réguliers avec les différents opérateurs du dispositif. Ces contacts sont notamment des occasions pour les convaincre, pas à pas, de tenir compte de tel ou tel sujet ou enjeu. Les échanges avec les parlementaires dans le cadre de son Conseil de surveillance constituent, par la même, la voie principale pour proposer des mesures relatives à la CMU à intégrer dans la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), votée chaque année depuis la réforme d'Alain Juppé de 1995.

Ce rôle structurant est possible car le Fonds est un acteur dont la légitimité s'est affirmée au fil des années. Il est doté d'une forme de légitimité à l'origine, liée en particulier à la personnalité de ses dirigeants, à leurs ressources propres, aux contacts tissés avec les acteurs du milieu durant leurs parcours, et à leur connaissance forte des enjeux du domaine d'intervention. Comme l'explique Jean-François Chadelat, cette légitimité s'est également accrue à travers sa mission d'analyste et d'évaluateur qui lui a permis de se positionner en expert de la CMU-C et de l'ACS et de s'imposer, par la même, comme un acteur incontournable, dans un paysage composé d'acteurs anciens et puissants que ce soit en ce qui concerne l'Assurance maladie obligatoire (AMO) ou complémentaire (AMC).

« On peut prendre des exemples pour expliquer notre force : lorsqu'on a fait nos deux enquêtes sur les refus de soins, en 2006 puis plus récemment, elles ont eu énormément de retentissement parce que le Fonds CMU est un établissement public administratif de l'État, donc ce n'était pas de la même portée qu'une étude faite par une association. Et si je suis directeur du fonds CMU, je suis aussi Inspecteur général des affaires sociales : ça a donc eu un poids plus important ! ».

Jean-François Chadelat, directeur du Fonds CMU, propos recueillis lors d'une audition par le CNLE en 2011.

Sa légitimité se conforte également à mesure que le Fonds démontre sa capacité à créer des liens entre des acteurs de natures différentes, autrement dit à « faire liaison » pour veiller à l'application de la CMU et la renforcer. Cette capacité passe, en particulier, par l'animation de la réflexion et par l'élaboration d'une connaissance sans cesse renouvelée, à la fois sur les réussites mais aussi sur les dysfonctionnements de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds tente ainsi d'étayer la décision publique et de soutenir la mise en œuvre, en ouvrant notamment la porte à des partenariats hybrides pour effectuer des études sur les dispositifs. Il se tourne vers des équipes de recherche différentes de celles généralement associées aux pouvoirs publics, pour éclairer leurs décisions et financent des travaux appuyés sur des méthodologies innovantes. Selon Didier Tabuteau, dans la plupart des agences, la mise en place de procédures d'expertise peine à s'ouvrir à de nouveaux acteurs et reste trop souvent réservée aux initiés (Tabuteau, 2003). La légitimité du Fonds lui vient donc aussi de sa capacité à impulser des partenariats novateurs, à initier la prise en compte de nouvelles thématiques et à repérer les initiatives qui peuvent amener une connaissance renouvelée sur la CMU-C. Il peut de cette façon nourrir le travail quotidien des acteurs qui pilotent et mettent en œuvre les dispositifs, en les informant et en les alertant sur des sujets dont ils ne se saisissent pas d'eux même. Les échanges au sein du Conseil de surveillance concernant de potentiels sujets d'études participent en amont à une acclimatation, et pourquoi pas à leur appropriation progressive par les parties prenantes de la CMU. Ils contribuent, en tout cas, à mettre en exergue les positions des uns et des autres sur certains aspects moins connus des dispositifs.

« Notre légitimité dans le domaine est en construction permanente surtout face à des organismes qui ont tendance à se penser comme les seuls compétents dans certains domaines. Aller là où les organismes de Sécu ne vont pas, c'est aussi affirmer notre légitimité d'exister ».

Extrait d'une discussion avec Bruno Négroni lors du Comité de pilotage de l'ODENORE en 2009.

La capacité du Fonds, comme d'autres agences d'ailleurs, à déployer une expertise approfondie et de fortes compétences scientifiques ne joue pas toujours en sa faveur, mais inquiète régulièrement certains acteurs administratifs « traditionnels » du champ de la protection maladie. Ils craignent une forme d'inquisition de la part de ces organismes capables de traquer des problèmes, « *des risques mais aussi des fraudes, des carences ou des*

gaspillages que l'administration antérieure n'avait pas les moyens de détecter » (Tabuteau, 2003).

Car « le Fonds peut aller là où les gestionnaires ne peuvent pas aller... Parce que ce n'est pas leur rôle... Parce que leurs fonctionnements parfois très hiérarchisés rendent difficile d'aller sur des sujets un peu nouveaux, peu consensuels. Sa légitimité ? Le Fonds l'a construite, ça n'était pas donné d'avance face à des organismes énormes dont on connaît le pouvoir. Ces organismes n'aiment pas en général qu'on marche sur leurs territoires. Mais du coup, quand quelqu'un le fait, soit ça provoque une fermeture, soit ça oblige les caisses à s'investir aussi pour montrer qu'elles font les choses ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

L'organisme a ainsi déployé au fil des années sa légitimité, mais aussi son autonomie, à travers son activité d'analyse et d'évaluation de la loi CMU. A côté d'une mission de financement très encadrée, ce volet de son activité lui offre des marges de manœuvre pour braquer le projecteur sur certaines dimensions de la CMU en particulier. Dans la mesure où il ne se contente pas de faire circuler l'information mais où il la retravaille pour produire une analyse sur les dispositifs, il peut tenter d'orienter le regard de ses partenaires et de faire converger l'attention vers certaines problématiques lui paraissant par exemple moins prises en compte. Il est, en ce sens, autant un relais informationnel qu'un éclaireur disposant d'une possibilité de sortir des sentiers battus et d'aller là où les acteurs gestionnaires de la CMU ne peuvent pas nécessairement aller, du fait de fonctionnements bureaucratiques, de principes d'actions profondément ancrés, de choix faits dans le passé aussi.

Le Fonds CMU joue ainsi un rôle structurant en ce qui concerne l'évolution de la protection maladie des plus démunis et le déploiement de relations nouvelles entre les trois étages de cette protection, la base, la complémentaire et les ménages (Chadelat, 2003). Il constitue un maillon essentiel de la coordination entre les différents acteurs qui prennent part au dispositif CMU. Il est à la fois financeur, observateur, producteur de connaissances, analyste et prescripteur et s'apparente en cela à une agence mixte, qui semble en outre avoir répondu à l'une des attentes soulevées par l'IGAS dans le premier rapport d'évaluation de la loi CMU :

« L'application de la CMU fait intervenir de nombreux acteurs, dont les principaux sont les caisses d'assurance maladie, gestionnaires du dispositif, les complémentaires, les services et

établissements de l'État, garants de sa bonne exécution sur le plan financier. Il importe donc, pour la réussite de la réforme, d'assurer une bonne coordination entre ces différents intervenants et de veiller à la qualité des circuits d'information entre les divers échelons. De nombreuses dispositions ont été prises à cet effet mais elles mériteraient, sur certains points, d'être consolidées dans l'avenir en renforçant les différents rôles du Fonds ».

Extrait du 1^{er} rapport d'évaluation de la loi CMU, IGAS, 2001.

CONCLUSION DU CHAPITRE

La loi CMU a créé un organisme pour financer la partie complémentaire du dispositif. Initialement doté de ressources en grande partie étatiques, le Fonds CMU a peu à peu vu la nature de ses financements évoluer. En dix années, la part de ses ressources étatiques a quasiment disparu pour céder la place à un financement principal par les Organismes complémentaires (OC). Toutefois, le maintien pendant presque dix années d'une dotation d'équilibre de l'Etat a permis à l'organisme de bénéficier d'une stabilité financière. Ceci est important à garder en tête pour comprendre le rôle joué le Fonds dans l'émergence du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée.

Doté d'une légitimité initiale liée aux acteurs qui le composent, issus à la fois des « élites du *Welfare* », du monde des complémentaires et des organismes de l'Assurance maladie obligatoire, le Fonds CMU a accru sa légitimité à travers la mise en œuvre de sa mission d'analyse et d'évaluation, l'élaboration d'un système d'observation mêlant des méthodes traditionnelles et des approches plus innovantes et la construction d'une expertise forte sur les dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée. Cette expertise s'est notamment renforcée du fait de ses échanges permanents avec des acteurs scientifiques. Progressivement, les analyses de l'agence cheminent de manière horizontale, vers les acteurs nationaux de la protection maladie et plus globalement vers des institutions telles que la Cour des comptes ou l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), mais également de manière verticale, vers les organismes locaux de l'Assurance maladie. Son Conseil de surveillance, qualifié de « mini parlement de la CMU » par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé, joue un rôle central dans les décisions relatives à la protection maladie des populations à faibles ressources. La présence de parlementaires dans cette instance constitue notamment une porte

d'accès pour l'incorporation de mesures relatives à la CMU-C et à l'ACS dans les Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Le Fonds CMU a trouvé une place dans un champ composé d'acteurs anciens, massifs et solidement installés et s'est imposé comme un acteur structurant de la CMU. Rôle que ne traduisent pas ses effectifs qui demeurent extrêmement modestes. Il se situe à l'interface du pilotage et de la mise en œuvre de la protection maladie des plus démunis, au croisement des Caisses nationales et des organismes locaux, à équidistance des acteurs de base et complémentaires. Il se positionne parallèlement comme un interlocuteur des acteurs associatifs oeuvrant auprès des populations démunies rencontrant des difficultés d'accès aux soins. Cela lui assure une remontée d'informations du terrain, indispensable à la construction d'une analyse complète des dispositifs ciblés sous conditions de ressources que sont la CMU-C et l'ACS. L'agence tient à ce que les bénéficiaires de ces droits soient représentés dans le suivi des dispositifs et organise régulièrement des groupes de travail exclusivement composés de membres d'associations oeuvrant dans le champ de la lutte contre les exclusions en général et de l'accès aux soins en particulier (Fonds CMU, 2011). Daniel Benamouzig explique d'ailleurs que la création d'agences dans le domaine sanitaire permet d'associer plus étroitement les groupes visés par une politique publique ou leurs représentants (Benamouzig, 2008b).

Le Fonds CMU finance, analyse et oriente un volet important d'une politique sectorielle. Centré sur la CMU, il est en effet le théâtre d'échanges relatifs à l'évolution du système de protection maladie dans son ensemble. Les dispositifs mis en place pour ceux qui n'ont pas les moyens de financer intégralement ou partiellement leur complémentaire santé se trouvent, en effet, au cœur des enjeux concernant la réforme de la protection maladie et la redistribution des rôles entre les acteurs qui composent ce champ. La question des plus démunis cristallise en quelque sorte les enjeux. Elle signale les conséquences de décisions passées, tout en rappelant l'impérieosité de continuer à réformer pour maintenir un accès aux soins pour tous. Elle est le révélateur des tensions existant entre des mondes aux intérêts souvent contradictoires et de la confusion progressive découlant de la mise en place de droits attachés au service public de l'Assurance maladie mais co-financés et co-gérés par des Organismes complémentaires (OC) (Tabuteau, 2012). Dans ce contexte, l'agence mixte du Fonds participe d'une tentative de créer un espace de dialogue concernant les évolutions liées à la protection de la santé en France.

Comme nous l'avons expliqué en introduction, nous accordons dans ce travail une attention particulière à la caractérisation d'acteurs qui nous sont apparus centraux dans le processus d'émergence et d'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée. Le Fonds CMU est l'un de ces acteurs. Eclairer sa composition, ses missions et la manière dont il les réalise concrètement nous a semblé essentiel pour pouvoir nous engager dans l'analyse de ce processus que l'agence a initié.

Chapitre 2.

Une agence à l'initiative de la production de connaissances sur un angle-mort de la CMU

Dans ce chapitre et après avoir pris le temps de caractériser le Fonds CMU, nous allons revenir sur la séquence initiale du processus d'émergence du non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée. Il s'agit de déterminer comment et pourquoi le phénomène s'est positionné, en premier lieu, parmi les préoccupations de l'agence Fonds CMU, du constat d'un manque de connaissances jusqu'à la décision de son Conseil d'administration (CA) de financer des travaux d'études portant spécifiquement sur le non-recours. Il était, selon nous, essentiel d'avoir en tête les missions du Fonds, la période où il les déploie, l'évolution de ses fonctionnements les plus concrets et de la manière dont il interagit avec les acteurs de la protection maladie pour être en capacité d'analyser son rôle initial dans le processus d'émergence et d'institutionnalisation du non-recours en matière d'Assurance maladie.

Ainsi, allons-nous désormais chercher à comprendre et à décrypter ce moment où le Fonds, et l'un de ces acteurs dirigeants en particulier, s'attache, pour la première fois, à mettre en exergue le non-recours à la CMU-C, en rassemblant les rares éléments d'information qui existent sur le phénomène, afin de les placer sous les yeux des différents acteurs intervenant dans le champ de la protection maladie et qui sont présents dans les instances décisionnelles du Fonds CMU. Ce faisant, il s'agit, d'une part, de leur signifier l'insuffisance de connaissances sur un phénomène qui, pourtant, a toute sa place dans l'analyse de la loi CMU et dans les débats relatifs à la restructuration de la protection maladie en France ; et d'autre part, de les convaincre de s'engager dans une dynamique de production de connaissances sur le non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée.

Dans quel cadre et de quelle manière cet organisme marque-t-il un intérêt pour le non-recours aux droits ? A quel moment précisément ? Peut-on repérer des acteurs individuels en son sein qui portent plus particulièrement ce sujet ? Pourquoi le Fonds décide-t-il d'engager un mouvement de production de connaissances, alors même qu'il y a des résistances et des désaccords parmi les acteurs de la protection maladie quant au caractère problématique du

non-recours à la CMU-C et à la nécessité de s'en préoccuper ? Comment l'agence s'y prend-elle pour initier l'intérêt de ces acteurs et lever leurs craintes relative à la mise en visibilité du non-recours, s'agissant en particulier des organismes de l'Assurance maladie qui instruisent et gèrent les droits CMU ?

Notre hypothèse est, qu'en 2003-2004, l'organisme, et plus précisément un acteur « convaincu » en son sein, initie la prise en compte du non-recours à la complémentaire gratuite à travers sa mission d'analyse et d'évaluation de la loi CMU parce que, à l'aube d'une réforme majeure de l'Assurance maladie, il peut, selon lui, constituer un point clef du débat portant sur les conditions de protection de la santé des populations démunies en France.

Ainsi, après avoir constaté que le non-recours constitue un angle mort de l'analyse de la loi CMU, l'acteur convaincu, en l'occurrence le directeur adjoint du Fonds, s'attelle à réunir un faisceau de présomptions sur le phénomène, grâce au positionnement central de l'agence parmi les acteurs du dispositif de la CMU. Il collecte les fragments d'informations relatifs à cette question et les relie les uns aux autres. Dans un second temps, il mobilise ce faisceau pour convaincre la direction générale et le CA de l'agence de l'existence de situations de non-recours à la complémentaire et de la nécessité de financer des études spécifiquement sur ce sujet, afin d'en renforcer la compréhension et de déterminer ses conséquences potentielles sur l'accès aux soins des populations démunies.

Après avoir scruté l'organisation, les missions et le fonctionnement concret du Fonds CMU, nous allons donc désormais chercher à comprendre pourquoi et dans quel cadre il s'est saisi du non-recours aux droits. Nous décortiquerons le processus qui a amené l'organisme à consacrer des financements pour étudier scientifiquement cette question, laissée par ailleurs de côté par les gestionnaires de la Couverture maladie universelle complémentaire.

SECTION 1.

LA CONVICTION D'UN ACTEUR POUR INTEGRER LE NON-RECOURS DANS L'ANALYSE DE LA CMU

Bien qu'inscrite dans ses prérogatives dès l'origine, l'activité de l'organisme relative à l'analyse de la CMU se met pleinement en place au cours de l'année 2003, avec la réalisation de la seconde évaluation de la loi. Le délai pour rendre le rapport d'évaluation définitif étant court, le directeur adjoint, que l'on a expliqué être plus spécifiquement chargé de l'activité d'analyse au sein de l'agence, travaille à partir des informations quantitatives produites en interne, mais surtout en se fondant sur les observations et analyses effectuées par ses divers partenaires.

La confection du rapport permet ainsi à Bruno Négroni, directeur adjoint, de visualiser les informations disponibles, à cette période, sur la CMU, de mettre en exergue les aspects qui sont bien documentés et ceux qui sont davantage dans l'ombre. Le non-recours à la CMU se trouve parmi ses derniers. Convaincu, de par son parcours professionnel et militant, du caractère problématique du phénomène et de la nécessité de le mettre en exergue pour compléter l'analyse de la loi, Bruno Négroni décide de travailler à l'introduction du sujet dans l'analyse de la loi CMU.

Il initie cette prise en compte en rassemblant des présomptions sur l'ampleur, les causes et les conséquences du non-recours ; présomptions faites, à la volée, par les différents acteurs concernés par le dispositif. Il ne veut d'ailleurs pas s'arrêter à cet état des lieux. La finalité de sa démarche est bien de convaincre le directeur du Fonds, initialement peu préoccupé par le non-recours, et les acteurs étatiques présents dans le CA, de financer des travaux portant spécifiquement sur cette question, afin d'engager un véritable mouvement de production de connaissances scientifiques sur cet angle mort du dispositif CMU.

1.1 – Le non-recours, une question initialement peu éclairée dans l'analyse de la CMU

L'année 2003 marque la mise en route et l'affirmation du rôle du Fonds quant à l'analyse et à l'évaluation de la loi CMU. Cela passe par un bilan des aspects de la loi qui sont déjà bien pris en compte dans l'analyse et de ceux qui le sont moins. Le Fonds souhaite en effet s'inscrire dans la continuité de ce qui a déjà été fait, mais apporter également son propre regard sur le dispositif de manière à enrichir l'analyse et à formuler des propositions pour l'améliorer, comme le signale Bruno Négroni :

« Notre mission d'analyse s'est vraiment construite et solidifiée à partir de l'année 2003. Année où on nous a confié la réalisation du second rapport d'évaluation. Sa réalisation est un moment important qui nous lance vraiment dans notre rôle d'analyste de la CMU et qui permet de faire le point sur ce qu'on connaît de la CMU et sur ce qu'on connaît moins ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fond CMU, avril 2008.

Le travail de mise à plat et d'assemblage des données disponibles induit un constat de la part de B. Négroni : *« il y a des zones d'ombre concernant la CMU-C et le non-recours en fait partie »*⁴⁶. Si la connaissance relative aux bénéficiaires est satisfaisante et s'il est possible de percevoir les évolutions dans l'accès aux soins, les informations relatives aux non bénéficiaires sont quasiment absentes. Peu de travaux ont, en effet, jusque là abordé la question du non-recours. La procédure particulière de suivi de la loi mise en œuvre dans les toutes premières années d'application de la CMU n'a, par la même, pas contribué à braquer le projecteur sur ce point du dispositif.

1.11 - Une connaissance solide concernant les bénéficiaires

Du travail de mise à plat effectué par le directeur adjoint pour élaborer la seconde évaluation de la loi, il ressort, en premier lieu, que la production d'informations sur les bénéficiaires de la CMU-C s'est progressivement bien structurée, au confluent en l'occurrence de plusieurs mouvements. Dans le cadre du suivi-évaluation piloté par la DREES entre 2000 et 2002, les travaux menés y ont largement contribué. Les circuits d'informations existent et fonctionnent entre le ministère et les régimes de base de l'Assurance maladie, la DREES continuant à produire des statistiques régulières sur les effectifs de la CMU B et de la CMU-C, sur les flux

⁴⁶ Extrait de l'entretien avec B. Négroni, avril 2008.

d'entrants et de sortants par trimestre mais également sur le profil de ces bénéficiaires -âge et sexe principalement-, leur répartition sur le territoire et la répartition par type de gestionnaires (Boisguérin, 2001, 2002, 2003).

Le Fonds CMU, dont la mission de financement est désormais bien organisée, dispose lui aussi des informations arrivant des Caisses nationales et locales sur les bénéficiaires. Elles lui permettent de procéder à des dénombrements et à un exercice de caractérisation, toutefois assez minimaliste. Durant les deux premières années d'application de la loi, des données sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU ont également été élaborées, apportant de la connaissance sur le niveau et la structure de leurs dépenses en fonction des différents postes de soins. Des analyses peuvent ainsi être réalisées sur la consommation et le recours aux soins des bénéficiaires, à partir des données fournies principalement par les régimes de base de l'Assurance maladie.

A côté de cela, l'enquête SPS de l'IRDES⁴⁷ et les enquêtes qualitatives menées régulièrement par la DREES pallient, en partie, l'absence d'informations quantitatives, du côté de l'Assurance maladie, sur les catégories socioprofessionnelles et sur les revenus. Elles viennent ainsi affiner la connaissance qualitative des caractéristiques de la population couverte par la CMU. En ce sens, elles fournissent des éléments intéressants sur les ressortissants du dispositif, ses modalités d'accès, la constitution du dossier auprès des CPAM, les modifications dans l'accès aux soins, l'opinion sur la CMU et les relations avec les professionnels de santé (Boisguérin, 2001). Ces enquêtes donnent, en outre, une possibilité d'appréhender la perception de l'accès aux droits par les bénéficiaires de la CMU-C et montrent d'ailleurs que la plupart d'entre eux juge les démarches d'accès à la prestation relativement simples (Boisguérin, 2002).

On voit que, dans les premières années de mise en œuvre de la CMU-C, le regard se concentre principalement sur ceux qui bénéficient effectivement de la prestation. Le directeur adjoint du Fonds constate, en effet, avec cet exercice de mise à plat des informations disponibles et des travaux régulièrement effectués entre 2000 et 2003, que les non bénéficiaires ne sont quasiment pas pris en compte dans l'analyse et que peu de connaissances n'ont été jusque là produites sur le non-recours aux droits. Il note pourtant que le dispositif de suivi-évaluation

⁴⁷ Nous présenterons précisément cette enquête dans la suite de ce travail.

élaboré par le ministère lors de la création de la CMU a prévu qu'un des volets de l'enquête SPS de l'IRDES de 2000 porte sur ceux qui n'ont pas demandé leurs droits à la CMU-C. Ceci notamment sous l'impulsion de chargés d'études de la DREES ayant travaillé sur le non-recours à l'Aide médicale départementale (AMD) à la fin des années 1990 et qui pensaient utile de préserver cet angle de vue pour analyser la CMU-C. L'enquête SPS de 2000 a effectivement approché le non-recours, à travers un volet de questions relatives aux facteurs qui peuvent expliquer pourquoi tous les bénéficiaires potentiels de la CMU-C n'ont pas encore demandé la prestation (encadré 3). Cependant, ce volet de l'enquête n'a pas été réitéré dans la version suivante de SPS. Cela peut peut-être s'expliquer par la nature des explications apportées au non-recours en 2000, comme nous l'indique le directeur adjoint du Fonds CMU.

Encadré 3

L'enquête Santé protection sociale (SPS) dans sa version 2000

L'enquête biennale Santé protection sociale (SPS) de l'IRDES est réalisée depuis 1988 sur un échantillon d'assurés sociaux issu de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de l'Assurance maladie. Les informations collectées, dans le cadre de ce travail, portent sur l'état de santé, les consommations médicales récentes, la protection maladie des personnes et sont mises en relation avec leurs caractéristiques socio-économiques.

En 2000, l'enquête SPS est réalisée en deux vagues au printemps et à l'automne. Elle permet ainsi d'observer la mise en place de la CMU au cours de l'année 2000 et de connaître les opinions de l'ensemble des assurés sociaux sur le dispositif. Elle s'intéresse aussi au non-recours.

Pour ce faire, des questions supplémentaires ont été ajoutées à l'enquête traditionnelle SPS concernant le détail des revenus des enquêtés (afin de cerner les personnes éligibles et les populations juste au dessus du seuil) et les raisons pour lesquelles certains « éligibles » n'ont pas encore demandé leurs droits à la CMU-C. Sont ainsi introduites des questions telles que « Pensez-vous avoir des ressources se situant en dessus du plafond de la CMU-C ? », « Comptez-vous faire une demande de CMU-C ? », « Si non pourquoi ? ».

Source : B. Boisguérin et C. Gissot, « Les opinions sur la Couverture maladie universelle et ses bénéficiaires au 1er trimestre 2000 » *Etudes et résultats*, n° 123, juillet 2001.

1.12 – Quand les premières informations sur le non-recours induisent un désintérêt pour cette question

Bruno Négroni souligne que deux publications, parues en 2001, présentent les résultats de ce volet de l'enquête SPS : l'une dans *Etudes et résultats*, l'autre dans *Questions d'économie de santé* ; elles sont toutes deux intitulées « Les opinions sur la Couverture maladie universelle et

ses bénéficiaires au 1er trimestre 2000 » et co-signées par Bénédicte Boisguérin et Claude Gissot de la DREES, et par Michel Grignon et Laurence Auvray de l'IRDES. Même si ces publications ne portent pas uniquement sur le non-recours à la CMU-C, elles constituent, selon le Fonds, la principale source de connaissance sur le phénomène au début des années 2000. Il est ainsi intéressant de saisir leur contenu, dans la mesure où celui-ci peut, en outre, contribuer à comprendre pourquoi le non-recours n'a pas fait l'objet d'autres investigations à cette période.

Les auteurs des publications issues de l'enquête SPS indiquent bien que tous les bénéficiaires potentiels de la CMU-C interrogés et notamment les ménages les plus pauvres, n'ont pas eu recours à la CMU au premier trimestre 2000 sans toutefois donner de taux de non-recours. Ainsi, parmi les 10 261 personnes interrogées, 423 se déclarent bénéficiaires de la CMU-C, soit 4% de l'effectif total (5% en données redressées). À l'époque de l'enquête, les bénéficiaires de ce dispositif représentent 6% de la population en France métropolitaine selon la DREES. L'enquête sous-estime donc leur nombre, ce qui peut selon les auteurs s'expliquer par une sous-déclaration du bénéfice de la CMU-C par les personnes interrogées.

243 ménages déclarent d'emblée avoir des ressources inférieures au seuil de la CMU-C et 223 des ressources immédiatement supérieures à ce seuil⁴⁸ mais ne pas avoir en revanche demandé la prestation. La première explication du non-recours avancée par les auteurs est que toutes les personnes potentiellement éligibles ne connaissent pas le dispositif. Parmi les enquêtés, une fois que l'enquêteur a expliqué les modalités d'accès et évoqué le plafond de ressources, 13% pensent y être éligibles, tandis que 7% ne se prononcent pas. D'autre part, au sein de la population qui se pense éligible à la prestation, seuls deux tiers déclarent qu'ils vont en faire la demande. Les plus concernés par une démarche active vis-à-vis de la CMU sont ceux qui ont renoncé récemment à des soins ; à l'inverse en l'absence de besoins de soins, les personnes se sentent moins concernées par la mise en œuvre de démarches pour obtenir une complémentaire santé. Cela semble particulièrement être le cas des plus jeunes. La volonté de demander la CMU-C semble ainsi liée au besoin ressenti de soins, mais aussi à l'âge des demandeurs potentiels (Boisguérin et Gissot, 2001 ; Auvray et Grignon, 2001).

⁴⁸ Les ménages pris en compte ont donc des ressources entre 3 500 à 4 500 F (soit entre 658 et 846 euros) par mois et par unité de consommation.

Outre cela, les auteurs indiquent que le non-recours s'explique par ce qu'ils qualifient « *de questions de principes* » : certains des non-recourants expriment, par exemple, que le droit à la CMU-C devrait être soumis à une cotisation, même faible. D'autres évoquent des « *principes généraux quant à leur attitude face aux aides sociales* » et une aptitude moindre à entrer en relation avec les administrations sociales et les services sociaux. Enfin, le phénomène est expliqué par le fait de détenir une autre couverture complémentaire que la CMU-C (Boisguérin et Gissot, 2001 ; Auvray et Grignon, 2001).

Pour le Fonds CMU, le fait que cette enquête ait mis en exergue des questions de principe, l'absence de besoin de soins d'une partie des personnes en non-recours, en particulier les plus jeunes, ou/et le fait que certaines disposent déjà d'une autre complémentaire santé a induit une forme de désintérêt pour la question parmi les acteurs de la protection maladie ; l'idée selon laquelle le phénomène s'expliquerait par une forme de désutilité d'une partie de la population cible se diffusant. Ces résultats ont été repris dans la première évaluation de la loi CMU produite par l'IGAS, fin 2001. Il y est parallèlement indiqué que le non-recours a vocation à diminuer mécaniquement, à mesure que la CMU-C va être mieux connue par ses ressortissants potentiels (IGAS, 2001). L'IGAS a d'ailleurs souligné le rôle à jouer par les CPAM dans la diffusion d'informations vers les bénéficiaires potentiels.

Excepté le volet de l'enquête SPS de 2000, le travail de mise à plat par le Fonds des informations disponibles pour réaliser la seconde évaluation de la loi CMU amène à voir que le non-recours a aussi été approché, en 2002, dans le cadre de l'évaluation du dispositif CMU en Rhône-Alpes. Pilotée par la DRASS, celle-ci aborde le phénomène à partir d'informations recueillies localement auprès de professionnels des secteurs sanitaire et social. Le rapport d'évaluation signale, qu'en 2001, 46% des intervenants CCAS ont eu connaissance de personnes demeurant sans couverture sociale, 71% des professionnels des structures sanitaires et 65% des structures sociales. Dans l'ensemble, 45% des professionnels interrogés considèrent que les personnes ne demandent pas la CMU-C par refus d'accompagnement ou abandon des démarches (CAREPS, 2002). On voit que ce travail tend à centrer l'attention sur les explications comportementales et à renvoyer la responsabilité du non-recours à la CMU-C vers les personnes potentiellement éligibles qui refusent leur droit ou abandonnent les démarches nécessaires à son ouverture. En dehors de l'enquête SPS et des travaux effectués dans le cadre de l'évaluation en Rhône-Alpes, aucune autre étude n'a apporté d'informations directes sur les non bénéficiaires de la CMU-C entre 2000 et 2003.

En réalisant la seconde évaluation de la loi CMU, le Fonds constate ainsi que si la connaissance des bénéficiaires est bien développée, construite régulièrement et disponible pour bâtir l'analyse de la loi, on ne sait à l'inverse que peu de choses des non bénéficiaires à l'heure où le dispositif a quasiment terminé sa montée en charge. La tendance est aussi à renvoyer la responsabilité du non-recours à la CMU-C vers les bénéficiaires potentiels de ce droit. Le constat tiré par le directeur adjoint est qu'après trois ans de mise en œuvre de la CMU, « *la question du non-recours n'a été que peu abordée, que les chiffres sont rares et que les enquêtes qui ont permis d'approcher cette question commencent à dater* »⁴⁹.

Dans le rapport d'évaluation que le Fonds CMU rend au gouvernement fin 2003, un court paragraphe évoque *in fine* le non-recours : il est fait état d'un écart entre le nombre de bénéficiaires potentiels estimé initialement et le nombre de bénéficiaires effectifs d'environ 1,4 million de ménages. Le Fonds a calculé ce chiffre à partir des informations dont il dispose sur les bénéficiaires en les comparant avec l'estimation faite par les services ministériels en 1999. Il rappelle cependant la prudence avec laquelle il faut interpréter ce chiffre, à cause du manque d'actualisation de la cible et des doutes concernant la fiabilité des informations remontant de certains régimes d'Assurance maladie. Parallèlement et en s'appuyant sur les constats faits dans l'enquête SPS, le Fonds suggère que le phénomène concerne des populations très marginalisées, mais également des populations ayant des ressources juste au dessus du plafond de la CMU-C (Fonds CMU, 2003).

1.2 – Un acteur porteur de la thématique du non-recours aux droits au sein du Fonds

La réalisation du second rapport d'évaluation amène le directeur adjoint à constater le peu d'informations qui existent concernant le non-recours et l'absence de méthodes éprouvées pour en produire. Pourquoi note-t-il en particulier ce défaut de connaissances sur le non-recours à la CMU-C ? Pourquoi s'intéresser à cette question alors que les autres acteurs de la protection maladie ne la placent pas parmi leurs priorités ? Pour le comprendre, il faut centrer notre regard sur Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds entre 2000 et 2009, et chargé de la mission d'analyse pour le compte de l'agence. Il serait, en effet, inexact de dire que l'organisme en tant qu'acteur collectif s'est, à cette période, préoccupé du phénomène. C'est

⁴⁹ Extrait de l'entretien réalisé avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds, avril 2008.

bien son directeur adjoint de l'époque qui a introduit cette question dans l'agence. Il pense qu'elle peut être utile pour porter le regard sur l'effectivité de la CMU-C, pour améliorer le dispositif, mais aussi pour alerter sur les effets d'une politique de transfert des charges de l'Assurance maladie obligatoire vers les complémentaires.

« Bruno Négroni a été très tôt critique sur la CMU-C et a très vite noté ses dysfonctionnements, dont le non-recours faisait selon lui partie »

Entretien avec Philippe Warin, responsable de l'ODENORE, octobre 2009.

Le Fonds peut, comme nous l'avons dit, commander des études sur des sujets qui lui paraissent pertinents afin de compléter l'analyse de la CMU. Fin 2003, l'objectif de Bruno Négroni est de faire du non-recours l'un des futurs sujets d'études de sa structure. Il nous l'explique :

« Je pensais que le non-recours était une question qu'on devait se poser. J'avais l'impression qu'on manquait quelque chose si on n'en parlait pas dans l'analyse. Je voulais mieux connaître le phénomène en en faisant un thème d'études ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

1.21 - Renforcer l'effectivité de la CMU et alerter sur la politique de transfert des charges vers l'Assurance maladie complémentaire (AMC)

Pourquoi le directeur adjoint porte-t-il son attention sur le non-recours ? Pourquoi vouloir l'introduire dans l'analyse ? En premier lieu, son objectif est de vérifier l'écart entre population cible et population effectivement bénéficiaire et de donner ainsi une mesure de l'effectivité de la CMU-C. On retrouve les enjeux évaluatifs du non-recours aux droits qui ont, dès le milieu du XXe siècle, intéressés les pouvoirs publics dans les pays anglo-saxons. Il s'agit aussi, pour le directeur adjoint, de comprendre les diverses causes du non-recours à la CMU-C pour formuler des propositions d'amélioration du dispositif et renforcer ainsi son effectivité. Comme cela a été le cas pour le non-recours aux droits aux Pays-Bas (Van Oorschot, 1991) et lors de son importation en France par la branche Famille de la Sécurité sociale, le phénomène en matière de complémentaire retient donc également l'attention du fait de son caractère opératoire pour agir sur les modalités d'accès aux droits sociaux ciblés sur certaines catégories de populations :

« Pour formuler des propositions d'orientation, je pensais que c'était intéressant de s'intéresser aussi à ce qui dysfonctionne. Le non-recours peut être un levier pour améliorer le dispositif tant au niveau de la réglementation que de la mise en œuvre... En fait, l'existence du phénomène est problématique car elle empêche le dispositif d'atteindre son objectif principal : améliorer l'accès financier aux soins des populations ayant de faibles ressources ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Comme le précise sa lettre de mission initiale, le Fonds est chargé à travers l'analyse de la CMU de pointer les dysfonctionnements et les difficultés d'application. Il doit, par la même, formuler des pistes d'amélioration réglementaire et orienter la mise en œuvre du dispositif. Dans ce cadre, en se saisissant du non-recours, il s'agit pour l'agence de mettre en exergue d'éventuels dysfonctionnements liés soit à la conception du dispositif, soit à sa mise en œuvre par les organismes d'Assurance maladie et de proposer des pistes d'amélioration aux acteurs étatiques et aux gestionnaires des droits.

Si Bruno Négroni voit dans le non-recours un levier potentiel pour renforcer le dispositif et sa mise en œuvre, il veut aussi signaler ses conséquences potentielles sur l'accès aux soins et pointer, plus généralement, l'impact sur les populations démunies d'une politique de transfert des charges de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) vers les Complémentaires santé amorcée dès les années 1980. Comme nous l'avons évoqué en introduction, pour tenter de maîtriser les dépenses de santé et la charge pesant sur l'AMO, les pouvoirs publics ont agi sur la demande de soins et pris le chemin de l'augmentation du reste à charge des patients (Tabuteau, 2006). Dans le chapitre suivant, nous reviendrons de manière approfondie sur ces mesures qui ont induit une augmentation progressive de la participation financière des patients aux dépenses de santé. Pour l'instant, signalons que les Organismes complémentaires (OC) ont, dans ce contexte, acquis une place de plus en plus importante dans le financement des dépenses de santé, puisqu'ils ont pris le relais pour financer les restes à charge (RAC). En ce sens, afin de bénéficier de remboursements des frais de santé satisfaisants, le bénéfice d'une protection complémentaire est peu à peu devenu indispensable. Tous les ménages ne sont cependant pas égaux pour accéder à une complémentaire, et d'autant moins pour financer une protection de qualité (Volovitch, 2003). Ces constats ont, nous l'avons dit, induit la création de la CMU-C visant à apporter une complémentaire gratuite aux personnes dont les ressources se situent au dessous d'un certain niveau.

En ce sens, le fait qu'il y ait du non-recours à la CMU-C constitue un possible facteur d'exclusion dans l'accès aux soins, l'effectivité partielle pouvant entraver la capacité du dispositif à atteindre son objectif principal : permettre l'accès à la complémentaire des personnes démunies et lever ainsi les obstacles financiers dans l'accès aux soins. Dans cette perspective, la persistance de personnes sans complémentaire peut entretenir un phénomène de renoncement aux soins pour raisons financières. La volonté de prendre en compte le non-recours en matière d'Assurance maladie est, on le comprend, surplombée par des interrogations relatives non pas uniquement à l'effectivité des droits mis en place pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins qui se sont démultipliées dans les années 1980 et 1990 en France, mais bien aussi à leur efficacité. Comme nous avons évoqué en introduction, les premiers travaux sur le non-recours soulignent qu'à travers le phénomène, c'est également la capacité des protections créées par les pouvoirs publics à remplir leurs objectifs et à améliorer la situation des personnes qu'elles prennent pour cibles, qui est questionnée (Warlick, 1981 ; Atkinson, 1984 ; Math, 1996).

L'attention portée au non-recours à la CMU-C s'encastre en tout cas d'emblée dans des questionnements relatifs aux transformations du système de protection maladie, aux directions prises depuis plusieurs décennies par les pouvoirs publics et à leurs enjeux pour les populations, en particulier celles dont les ressources financières sont faibles, comme le suggère cet extrait de l'entretien mené avec Bruno Négroni :

« Il y a eu des choix basés sur une logique libérale voire ultra libérale... Pour les politiques, il faut réduire les dépenses de l'Etat en matière d'Assurance maladie et fournir un maximum de marchés concurrentiels. Mais le risque c'est que la santé et la protection sociale ce n'est pas un marché et que les personnes non couvertes constituent un problème. Quand de nombreuses personnes seront sans complémentaire, ça va poser un problème. Pourtant, il n'y a pas de mobilisation autour du non-recours à la CMU-C. C'est sûr que la CMU-C c'est un dispositif qui coûte cher. Le Fonds à travers l'analyse peut lever le voile sur certaines questions, tenter d'alerter sur le fait que si le transfert de charges vers les complémentaires s'accroît les personnes ne pourront tout simplement plus se soigner, que le renoncement aux soins va être quelque chose qui va se renforcer ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

L'objectif de lancer des études sur le non-recours à la CMU-C est ainsi sous-tendu par plusieurs logiques : d'une part, cette question est perçue comme un levier pour essayer de renforcer l'effectivité du dispositif en venant pointer les difficultés d'accès rencontrées par les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et des dysfonctionnements dans la mise en œuvre ; d'autre part, elle tend à alerter les acteurs concernés par la protection maladie sur les dégâts occasionnés par certains choix politiques en matière de protection maladie. A travers l'existence de situations de non-recours, il s'agit de signaler que la CMU-C ne règle pas complètement le problème des inégalités d'accès aux soins auxquelles elle est censée apporter une réponse. Ceci notamment parce que, même si le terme universel a été conservé dans la dénomination de la CMU, le volet « complémentaire » du dispositif relève de la technique du ciblage. Le Fonds CMU s'inquiète ainsi des difficultés d'accès qui sont généralement associées aux droits sociaux, construits selon cette technique, et de la probabilité d'une effectivité et d'une efficacité partielle de la CMU-C. Derrière le fait de ne pas laisser le non-recours dans l'ombre, s'exprime par conséquent une forme de critique, non pas de la mise en place de la CMU-C, mais plutôt de la raison qui a poussé à créer le dispositif : la transformation de la protection maladie en France, selon une logique de transfert progressif des charges de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) vers les Organismes complémentaires (OC).

1.22 - Parcours professionnel et engagement militant pour expliquer la conviction d'un acteur

Après avoir évoqué les raisons pour lesquelles Bruno Négroni veut lancer des études sur le non-recours à la CMU-C, peut-on expliquer l'intérêt et l'attention qu'il porte au non-recours aux droits sociaux ? Selon nous et ainsi que nous l'avons déjà précisé, la sociologie des acteurs est intéressante afin de percevoir, dans les parcours de ceux qui font l'action publique, des indices expliquant leurs convictions et les solutions défendues. Il ne s'agit alors pas seulement d'identifier un individu « important », mais de s'accorder sur le principe selon lequel comprendre l'action publique peut nécessiter de connaître sociologiquement ceux qui la font et les relations qui les lient, ainsi que leurs positions et trajectoires (Dubois, 2011).

La conviction du directeur adjoint du Fonds concernant le non-recours aux droits sociaux peut, d'après nous, se comprendre au regard de deux éléments principaux : son parcours professionnel et son engagement militant. Après sa formation à l'Ecole nationale supérieure

de la Sécurité sociale (EN3S), Bruno Négroni a travaillé au sein de plusieurs organismes locaux de Sécurité sociale où il a exercé au départ les fonctions de technicien conseil, principalement au sein de la branche Famille. Il explique d'ailleurs son intérêt personnel pour le non-recours aux droits par son passage dans les Caisses d'allocations familiales (CAF) au moment où la branche porte une attention particulière à cette question. Bruno Négroni a, en effet, exercé des fonctions dans plusieurs CAF au cours des années 1980 sous l'ère de Bertrand Fragonard. Ce dernier a dirigé la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) de 1980 à 1987 à une période où « *tout changeait, les prestations servies, le public, les moyens disponibles...* »⁵⁰. Prenons le temps de revenir sur cette période particulière de la branche Famille afin de comprendre dans quelle mesure elle a pu influencer la conviction d'un acteur du Fonds CMU, jouant un rôle important dans l'émergence du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée en France.

Les années 1970 et 1980 marquent, il est vrai, un virage pour la branche famille. Cette période est celle durant laquelle sa vocation à intervenir en faveur des ménages les plus démunis s'est confirmée alors qu'elle centrait auparavant son action sur les familles (Outin, 1979). Dès les années 1970, la branche s'est vue confiée la gestion de prestations ciblées et a découvert à ses guichets la complexité de l'accès à ces prestations. Avec l'Allocation adulte handicapé (AAH), l'Allocation parent isolé (API), les allocations en matière de logement puis le Revenu minimum d'insertion (RMI), pour ne citer que les plus connues, la part des prestations sous conditions de ressources dans celles versées par les CAF est passée des 12% en 1970 à 60% en 1997 (Damon, 2008).

Dans ce contexte, la CNAF engage une réflexion sur l'accès aux droits sociaux et commande dès 1971 une étude à Antoinette Catrice-Lorey, spécialiste de la Sécurité sociale, intitulée « Rapport avec le public et politique de gestion des CAF » constituée d'un second volet en 1973, « Fréquentation des guichets et service du public à la Caisse centrale d'allocations familiales de la région parisienne ». A. Catrice-Lorey y souligne la diversité des rapports entre les CAF et leurs usagers et met en exergue des inégalités fortes dans l'accès des publics à leurs droits, inégalités liées notamment à des questions culturelles (Catrice Lorey, 1976). Elle est, rappelons-le, la première à parler de non-recours aux droits sociaux et à expliquer que le

⁵⁰ Extrait de l'entretien mené avec Bertrand Fragonard, président du HCAAM et ancien directeur de la CNAF, en avril 2009.

phénomène peut avoir pour cause des inégalités en particulier culturelles entre les différents publics des organismes de Sécurité sociale.

En 1979 une étude est à nouveau demandée par la CNAF à Jean-Luc Outin sur les familles et l'accès à leurs droits sociaux. D'autres travaux se succèdent sur des allocations, en particulier en matière de logement, mais aussi sur les rapports entre les CAF et leurs allocataires (Outin et Bardaille, 1992) puis concernant plus spécifiquement les allocataires dits à faible niveau d'autonomie administrative (Caizzi, Quinoga et Riondel, 1997). Ils conduisent à distinguer des types d'allocataires, à confirmer que tous ne rencontrent pas les mêmes difficultés dans l'accès à leurs droits et à esquisser les nécessaires transformations de l'action de la branche famille.

La CNAF mène ainsi ses propres travaux sur l'accès aux droits, mais est aussi attentive aux recommandations produites par d'autres rapports auxquels elle contribue d'ailleurs ; elle tente par exemple de mettre en œuvre les recommandations du rapport Oheix de 1981 qui insiste sur la nécessité pour les organismes sociaux de rechercher les allocataires potentiels des prestations qu'ils servent, de veiller à la continuité du paiement et à l'amélioration de la gestion des prestations (Warin, 2004).

Parallèlement, c'est dans les années 1980 que le Bureau de la recherche et de la prospective de la CNAF, et plus précisément Antoine Math, importent les travaux de recherche menés sur le non-recours à l'étranger, au premier rang desquels ceux de W. Van Oorschot. Nous ne revenons pas ici davantage sur ce moment d'importation en France car nous avons eu l'occasion de l'aborder en introduction. Rappelons tout de même qu'en 1996, Antoine Math en collaboration avec W. Van Oorschot, dirige le numéro 43 de la revue de la CNAF *Recherches et prévisions* intégralement dédié au non-recours aux droits. Cette revue créée en 1985 est l'un des principaux vecteurs de valorisation des travaux réalisés par ou pour la CNAF. La rédaction de ce numéro marque une étape essentielle dans la réflexion sur le sujet en France, notamment parce qu'il présente la première typologie française du non-recours. Il montre ainsi la diversité des formes prises par le phénomène, tout en permettant d'imaginer des pistes d'action en fonction des types et des cas (Math et Van Oorschot, 1996).

En tenant compte des résultats des travaux effectués sur l'accès aux droits et le non-recours, la CNAF s'efforce de faire évoluer la gestion administrative des prestations ciblées vers une

gestion plus sociale (Kesteman, 2004). Elle expérimente aussi des méthodes pour rechercher des droits potentiels. Les expérimentations souvent très spécifiques ne sont pas généralisées, la recherche de droits potentiels n'étant pas un objectif d'action dans toutes les caisses.

Les CAF développent parallèlement une approche plus globale des allocataires nécessitant d'analyser l'ensemble de leur situation, tant sur le plan légal qu'extra-légal, et ce dès leur premier contact avec la branche. Il s'agit de rapprocher la logique de l'allocataire fondée sur les besoins, de celle des organismes sociaux basée sur « l'avoir droit » (Kesteman, 2004). Cela passe, en particulier, par le décloisonnement des services d'accueil et de liquidation des prestations légales, par la modification de l'organisation du travail pour renforcer la polyvalence, voire même par la redéfinition des profils de postes afin que les agents d'accueil aient des compétences en gestion des prestations légales, mais également en action sociale.

La CNAF s'engage également dans une démarche de simplification et de lisibilité des prestations, qui se traduit essentiellement par un travail de refonte des formulaires et des courriers à destination des allocataires (Borgetto, Chauvière, Frotiée et Renard, 2004). A la fin des années 1990, un groupe de travail national CNAF-CAF est mis en place sur l'accès aux droits sociaux pour faire le point sur les évolutions en cours et envisager l'intégration de la thématique du non-recours dans la COG de la branche.

Se croisent au cours de cette période des objectifs relatifs à la modernisation administrative et à la prise en compte des situations de nouvelle pauvreté qui amènent des transformations profondes des pratiques au sein des organismes de la branche Famille pour améliorer la gestion des droits ciblés (Borgetto, Chauvière, Frotiée, Renard, 2004). La CNAF et les CAF avancent ainsi sur plusieurs fronts : d'une part, elles mènent des travaux scientifiques sur l'accès aux droits et le non-recours, d'autre part, elles modifient leurs pratiques et l'organisation du travail dans les caisses en tenant au mieux compte des conclusions des travaux.

Bien que tiraillée entre des objectifs contradictoires, la branche Famille confrontée à un public différent de celui qu'elle côtoie depuis sa création repense, progressivement, ses principes d'action dans les caisses pour apporter une réponse à des publics précaires qui rencontrent de multiples difficultés dans l'accès à leurs droits (Dubois, 1999b). Elle tente notamment d'articuler la prise en compte du non-recours avec le déploiement de la recherche des indus et

des contrôles des bénéficiaires (Buchet, 2001). Ces tensions, ainsi que des évolutions dans la stratégie institutionnelle, entraînent cependant des difficultés à aller au bout de la démarche de prise en compte du non-recours.

Bruno Négroni a exercé au sein de la branche Famille au cours des années 1980, où il a été imprégné de ce qu'il appelle « *la culture de l'accès aux droits* » ; il a parallèlement eu l'occasion de rencontrer Antoine Math et de travailler avec lui sur le non-recours. Cette expérience a forgé sa conviction quant à l'utilité d'étudier cette question pour tout droit ciblé et de s'en servir comme d'un moyen opérationnel pour renforcer l'effectivité des droits et donner un pendant aux opérations de contrôle de la fraude. Selon lui, la question du non-recours se pose aussi parce qu'elle a des conséquences sur les situations de personnes qui se trouvent dans des configurations de vie incertaines. Bruno Négroni est ainsi parti de la branche Famille avec une culture de l'accès aux droits et avec des connaissances sur le non-recours. Il cherche à porter et à retraduire ses convictions et ses connaissances grâce à sa fonction de direction au sein du Fonds CMU et par l'intermédiaire de la mission d'analyse qui lui a été confiée :

« J'ai introduit la question du non-recours au Fonds (...) A la CNAF, j'ai côtoyé Antoine Math qui était porteur du thème du non-recours et qui a irrigué la branche. On a eu l'occasion de discuter et de travailler sur le non-recours, de comment on pouvait en tenir compte et pourquoi. A la branche Famille, une culture de l'accès aux droits s'est développée. Culture qui n'est à mon avis pas encore présente à l'Assurance maladie. D'autant moins pour ceux qui sont éloignés du terrain. L'accès aux droits permet des évolutions dans la gestion des droits, à côté de la fraude. La CNAF a dès le départ articulé les deux ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Bruno Négroni a également un parcours militant qui peut contribuer à expliquer l'attention portée à la question du non-recours, ainsi que le suggère Raphaëlle Verniolle :

« C'est quelqu'un qui a des convictions personnelles fortes, des engagements... ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

Il s'investit, en effet, au sein du mouvement altermondialiste Association pour la taxation des transactions financières et pour l'action citoyenne (ATTAC) et du Groupe d'information et de

soutien des immigrés (GISTI). Cette association, créée en 1972, spécialiste du droit des étrangers, propose des permanences juridiques et organise des formations autour de la réglementation des droits sociaux. Le GISTI est également dans une position d'interpellation des pouvoirs publics.

En 1997, l'association s'est jointe au « Collectif contre la précarisation et les exclusions », regroupant une trentaine d'organisations, qui avait pour objectif d'élaborer des propositions dans le cadre du projet de Loi d'orientation contre les exclusions. Bruno Négroni souligne que le collectif « *s'est inquiété de certaines des propositions concernant la CMU-Contenues dans le rapport du député Jean-Claude Boulard au Premier ministre, notamment l'exclusion des sans-papiers du dispositif* »⁵¹. Au sein du GISTI est donc né un « Collectif pour une Couverture maladie véritablement universelle », qui porte un regard critique sur le dispositif, suit l'application de l'Aide médicale d'Etat (AME) et en souligne les dysfonctionnements. Antoine Math, qui a importé le non-recours au sein de la CNAF, est également membre du GISTI, aux côtés d'autres universitaires de renom comme Danièle Loschak et Jacques Chevallier.

1.23 - Un acteur convaincu qui doit convaincre

Le fait que le directeur adjoint du Fonds s'intéresse au non-recours et veuille en faire un sujet d'études ne suffit cependant pas pour comprendre la prise en compte de cette question par l'organisme. D'un acteur individuel à l'autre, les avis sur cette question et ses représentations divergent fortement. Au sein du Fonds, des désaccords existent sur la nécessité d'introduire le non-recours dans l'analyse de la loi CMU et sur le caractère problématique du phénomène. Du fait de la taille de l'organisme, il est assez aisé d'identifier les prises de position des acteurs principaux que sont le directeur et le directeur adjoint. Si Bruno Négroni veut se saisir du non-recours à la CMU-C et lancer des études, ce n'est, initialement, pas le cas de Jean-François Chadelat qui n'est pas convaincu de la nécessité de commander et de financer de tels travaux :

⁵¹ Extrait de l'entretien effectué avec Bruno Négroni, avril 2008.

« Comme beaucoup de ceux qui sont éloignés du terrain, le directeur ne voyait pas le non-recours comme un problème. Il y a une forme de décalage avec les besoins réels. Et puis il avait une réflexion avant tout chiffrée sur le non-recours à la CMU-C... »

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Ainsi, lorsque le directeur adjoint évoque son idée de lancer des études, Jean François Chadelat exprime son incertitude quant au caractère problématique de cette question. Il souligne que les estimations chiffrées du non-recours indiquent un taux d'environ 20% ce qui ne l'inquiète pas outre mesure, car c'est un taux qu'il juge normal dans le domaine des minima sociaux. Dans ce contexte, il ne voit pas l'utilité pour le Fonds de travailler sur une question qui ne pose pas problème. Sa perspective du non-recours est essentiellement quantitative et procède de la détermination d'un taux jugé acceptable. Puisque le non-recours à la CMU-C ne dépasse pas ce taux, il ne lui paraît pas nécessaire de s'interroger sur les causes ni sur la manière d'y remédier :

« Le non-recours, en ce qui concerne la CMU-C, était chiffré aux alentours de 20 %. C'est toujours ça d'ailleurs... Ce chiffre ne me choquait pas dans la mesure où toutes les études montrent que, lorsqu'on est en présence d'un minimum social, on est dans cet ordre de grandeur de non-recours. Il fallait qu'on est des éléments pour voir l'impact sur l'accès aux soins pour ces personnes ».

Extrait d'une discussion avec Jean François Chadelat, directeur du Fonds CMU, suite à notre entretien avec Bruno Négroni réalisé dans les locaux de l'organisme en 2008.

Le directeur explique ainsi qu'il lui faut davantage d'éléments sur le non-recours à la CMU-C avant de décider si le sujet doit faire l'objet d'une attention particulière du Fonds. Au sein de l'agence, c'est bien le directeur qui valide, au final, le choix des thématiques d'études. La procédure pour choisir des sujets repose sur des échanges informels dans le Conseil de surveillance, puis entre le directeur adjoint et le directeur général. Dans la mesure où l'exercice d'analyse de la CMU est réalisé en grande partie par la direction adjointe, c'est elle qui propose généralement des thématiques jugées intéressantes et qui font défaut dans l'analyse, thématiques qui sont discutées avec la direction du Fonds. Celle-ci tranche et décide si les sujets méritent de faire l'objet de l'attribution de financements. Les sujets sont ensuite présentés au Conseil d'administration pour information. Le CA ne vote, en effet, pas sur ce

point et ne fait que valider les choix qui lui présentés, le cas échéant après avoir donné son avis sur les sujets (Fonds CMU, 2006).

« Vous savez le Fonds est un tout petit organisme. On peut échanger, prendre la température... Mais au bout du compte c'est quand même le directeur qui décide excepté concernant les budgets, là le CA vote. Sur le non-recours, il n'était pas convaincu au départ, il fallait le convaincre que c'était un sujet qu'on devait étudier... C'est comme ça, on est dans une petite structure et c'est le directeur qui décide. Il faut passer devant le CA mais c'est une formalité une fois le directeur convaincu. L'avantage du Fonds c'est justement d'être une petite structure, on peut échanger en direct mais c'est aussi un inconvénient. La décision n'est pas diluée ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Bruno Négroni se lance donc, début 2004, dans un exercice d'accumulation de présomptions sur l'ampleur, les causes et les conséquences du non-recours à la CMU-C. L'objectif est de rassembler un faisceau d'observations et d'informations suffisant, issues des échanges avec les parties prenantes du dispositif, pour appuyer sa conviction personnelle et convaincre le directeur, qu'au delà des taux de non-recours, celui-ci a des causes multiples sur lesquelles il est possible d'intervenir et des conséquences fortes sur le recours aux soins.

SECTION 2.

EMPORTER LA CONVICTION PAR L'ELABORATION D'UN FAISCEAU DE PRESOMPTIONS SUR LE NON-RECOURS

Conscient du manque de connaissances mais aussi du fait que le non-recours n'est pas une préoccupation prioritaire pour le directeur du Fonds, Bruno Négoni engage, fin 2003, un travail d'accumulation d'indices sur le non-recours. Le positionnement central du Fonds et sa capacité à dialoguer avec l'ensemble des acteurs concernés par la CMU -Organismes de base ou complémentaire de l'Assurance maladie, associations de lutte contre les exclusions, Direction de la Sécurité sociale...- lui permettent de procéder à cet exercice.

Nous verrons que ce n'est qu'au terme de ce travail, faisant un premier état des lieux sur le phénomène, que le directeur de l'organisme perçoit l'utilité de confirmer les présomptions relatives au non-recours à la CMU-C, à l'aube de la réforme de l'Assurance maladie, et qu'il accepte par conséquent de le placer parmi les sujets d'études du Fonds. Décision qui tient aussi aux échanges qui naissent à cette période entre le Fonds CMU et les acteurs étatiques sur le non-recours.

2.1 - Convaincre par l'accumulation d'un faisceau de présomptions

Le directeur adjoint profite du positionnement de l'organisme au cœur des acteurs de la CMU et, à l'image des moyens mobilisés dans le cadre de sa mission d'analyse, il œuvre pour accumuler des indices nécessaires au travail de conviction du directeur. Bruno Négoni est en outre dans une position de vigilance par rapport aux nouvelles informations qui sont produites sur le sujet et aux prises de positions des uns et des autres ; il est attentif aux signaux indiquant que la CMU-C n'atteint pas l'ensemble de la population potentiellement bénéficiaire. Pour se faire, il est épaulé par les conseillers techniques du Fonds qui commencent par recouper des données chiffrées. A partir des systèmes d'informations du Fonds, ils observent notamment l'évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C qui sont allocataires du RMI. Ces droits sont, en effet, ce qu'il convient d'appeler des droits connexes (encadré 4). Dans ce cadre, l'ensemble des allocataires du RMI devrait être bénéficiaire de la CMU-C. Or, les chiffres relatifs à chacune de ces prestations montrent que

ce n'est pas le cas. B. Négroni entame, parallèlement, des discussions avec des acteurs de l'INSEE concernant l'enquête Santé menée en 2002-2003 et regarde aussi du côté des associations (Fonds CMU, 2004), tout particulièrement celles qui sont membres du Conseil de surveillance du Fonds.

2.11 - Les présomptions quant à l'ampleur du non-recours

A. *Les estimations du Fonds CMU*

Dès la mise en place du Fonds, celui-ci a suivi la montée en charge de la CMU-C et comptabilisé les personnes ayant un droit ouvert. Ce comptage est indispensable à sa mission de financement. En comparant ce chiffre à l'estimation des bénéficiaires potentiels réalisée en 1999 par la DREES, il peut déterminer le nombre de personnes qui n'a pas demandé ses droits. Début 2004, ce calcul montre un écart par rapport aux prévisions initiales de 1,3 millions de personnes. Alors que la population cible est estimée à 6 millions, le nombre de bénéficiaires effectifs atteint environ 4,7 millions de personnes (Fonds CMU, 2004), soit un taux de non-recours de 22%.

Le comptage des allocataires du RMI bénéficiaires de la CMU-C est régulièrement réalisé par le Fonds, là encore pour suivre la montée en charge du dispositif notamment au sein d'une population qui a un accès direct à la prestation.

Encadré 4

Le RMI et la CMUC, des droits connexes

Les prestations du RMI et de la CMU-C sont des droits connexes ; les allocataires du RMI peuvent bénéficier de la CMU-C du fait de leur statut sans devoir justifier une nouvelle fois de leurs ressources auprès de la CPAM où ils demandent la prestation. Leurs ressources ont été calculées lorsqu'ils ont demandé le RMI, ils ont reçu un accord pour bénéficier du minima social et peuvent ainsi bénéficier d'autres droits notamment en matière de complémentaire santé. Il est ainsi inscrit dans la loi que les allocataires du RMI ont un droit automatique à la CMU-C, ce qui a induit de nombreuses confusions. Car les allocataires doivent quand même faire la demande de la CMU-C auprès de leur Caisse primaire ; ce droit ne leur est donc pas ouvert automatiquement, ils sont uniquement dispensés du calcul de ressources.

Source : Revil H. « Ruptures de droits entre RMI et CMU-C », rapport pour le Fonds CMU, ODENORE, 2006.

En 2004 et depuis plusieurs mois déjà, la CMU-C a atteint « son rythme de croisière » (Fonds CMU, 2003) et les effectifs ne connaissent plus d'évolutions majeures. Les estimations

réalisées par le Fonds signalent que les courbes statistiques du RMI et de la CMU-C n'évoluent pas de manière similaire et que loin de se réduire, l'écart entre les prestations a tendance à se creuser. Le nombre d'allocataires du RMI reste nettement plus élevé que celui de la CMU-C et suit davantage les évolutions de la conjoncture économique (Fonds CMU, 2004). Ces chiffres renforcent la conviction du directeur adjoint de se préoccuper du non-recours :

« On estimait à plus de 20 % les RMistes sans CMU-C et surtout on pensait qu'il y avait des différences territoriales ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Cependant, la fiabilité des taux n'est pas acquise. Les difficultés concernant le dénombrement des bénéficiaires par les CPAM et les remontées d'informations vers le Fonds perdurent, amenant celui-ci à certainement surestimé la population de bénéficiaires effectifs.

B. Des discussions avec les responsables de l'Enquête santé de l'INSEE

Bruno Négroni explique que le Fonds a aussi eu des échanges avec les responsables de l'enquête Santé de l'INSEE (Encadré 5). Celle-ci approche de manière globale la question de l'accès à la complémentaire santé en France.

« On a pu discuter mais les résultats de l'enquête n'étaient pas encore publiés. Ils voyaient que l'accès à la complémentaire santé ne concernait pas tout le monde et estimaient aussi un taux de non-recours à la CMU-C de 14% environ... Je ne sais pas comment ce taux a été mesuré ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

En 2004, les premières analyses de l'enquête effectuée entre 2002 et 2003 confirment que, malgré la mise en place de la CMU-C, la question de l'accès à une complémentaire santé continue bien de se poser en France. Elle signale ainsi que si neuf personnes sur dix disposent d'une couverture maladie complémentaire contre sept sur dix en 1981, les plus pauvres et les étrangers restent moins couverts. Le nombre de personnes bénéficiant d'une complémentaire santé a toutefois augmenté à tous les âges. La part des individus non couverts parmi les 18-29

ans est ainsi passée de 33% en 1981 à 23% en 1992 et 14% en 2003, tandis que pendant la même période elle passait chez les plus de 70 ans de 54% à 10%.

Encadré 5
Présentation de l'enquête Santé de l'INSEE

Menée par l'INSEE, l'enquête Santé (ou enquête décennale de santé) vise à décrire l'état de santé de la population française et à estimer la consommation individuelle de soins et de prévention. Elle aborde aussi les thèmes de la protection sociale, des antécédents médicaux et chirurgicaux, des interruptions d'activité pour raisons de santé, du handicap ainsi que les habitudes alimentaires. Avec SPS de l'IRDES, elle est l'enquête de référence pour suivre les évolutions relatives à la santé de la population française. La dernière enquête Santé s'est déroulée en 2002-2003 et 25 000 ménages environ ont été enquêtés. La première enquête de ce type réalisée à l'Insee date de 1960-1961 et elle a depuis eu lieu à peu près tous les dix ans.

Source : site Internet de l'INSEE.

Il n'empêche que si la complémentaire santé s'est diffusée dans l'ensemble de la population, son bénéfice reste corrélé de manière étroite au niveau de vie. En outre, plus le niveau de vie du ménage est faible, plus il se trouve sans complémentaire santé. Ainsi en 2003, 21% des individus appartenant aux 20% des ménages ayant le niveau de vie le plus faible -ce qui correspond au 1er quintile de revenus selon l'INSEE- ont déclaré ne pas avoir de complémentaire, alors que ce taux n'est que de 4 % pour le quintile le plus élevé. Le rapport est donc de un à cinq (Marical et de Saint Pol, 2007).

L'enquête Santé de l'INSEE fait en effet le point plus spécifiquement sur la CMU-C en indiquant qu'elle concerne environ 4,5 millions de bénéficiaires fin 2003 alors qu'elle devrait en principe assurer une couverture à l'ensemble de la population concernée (Marical et de Saint Pol, 2007). Selon les responsables rencontrés par le Fonds, le dispositif souffre d'un non-recours important entre 14 et 15%, pour des problèmes d'information d'une part, mais aussi parce que certains bénéficiaires potentiels, notamment les plus jeunes, éprouvent moins de besoins de soins.

C. Les estimations de Médecins du monde (MDM)

L'association Médecins du monde (MDM), qui a largement contribué à rendre visible les inégalités d'accès aux soins dans les années 1980, effectue en 2003 un chiffrage du non-recours à la CMU-C. Rappelons que MDM participe au Conseil de Surveillance du Fonds CMU, au sein duquel les données associatives peuvent faire l'objet d'échanges. Pour cela, elle

s'appuie sur les données collectées dans ses Centres d'accueil et de soins (CASO) sur le territoire français, données reprises par son Observatoire national de l'accès aux soins. L'association rencontre chaque année environ 20 000 personnes pour lesquelles un état des droits en matière de protection maladie est réalisé à partir des informations déclarées lors de leur accueil. En 2003, l'analyse des données informatiques de 22 centres et concernant 22 682 patients reçus en 2002 montre que 83% n'ont pas de protection maladie. Au sein de la population de nationalité française, soit 13% des personnes reçues par MDM, 3% n'ont pas la CMU de base et 50% n'ont pas la CMU-C (MDM, 2003).

En 2004, MDM s'associe avec l'ODENORE pour chiffrer le non-recours à la CMU à partir des données statistiques du Centre d'accueil et de soins (CASO) de Grenoble. L'ODENORE travaille depuis sa création avec le service de Santé publique de la Ville de Grenoble, qui lui a permis d'entrer en relation avec l'Observatoire national de Médecins du Monde (MDM) et l'antenne locale de l'association (ODENORE, 2004a). A l'époque le service de la ville est dirigé par le Docteur Pierre Michelletti qui devient le Président de MDM en 2006 et ce jusqu'en 2009. Dans le cadre de la collaboration entre l'association et l'ODENORE, des requêtes sont effectuées sur les données du centre Grenoblois pour observer les droits non ouverts à la CMU B et C pour les personnes pouvant potentiellement en bénéficier. Les résultats montrent que 60,7% des patients éligibles à la CMU-C n'ont pas de droits ouverts lors de leur premier contact avec l'association.

Les chiffres relatifs au non-recours concernent cette fois-ci non pas la population potentiellement bénéficiaire de la CMU-C en général, mais pointent une population en particulier, celle accueillie par MDM et qui se caractérise par des situations d'exclusions sociales fortes (ODENORE, 2004a). En son sein, on voit que le non-recours à la complémentaire CMU, de l'ordre de 50 à 60 %, est très élevé même si là encore les données reposent sur du déclaratif. On peut quand même imaginer que ces chiffres ne sont pas complètement erronés ; d'une manière générale, les statistiques produites par MDM sont d'ailleurs souvent reprises par les pouvoirs publics, car considérées comme solides (Maury, 2012).

Les différentes estimations du non-recours, qu'elles touchent l'ensemble de la population ou des publics spécifiques -allocataires du RMI, population plus marginalisée...- montrent que le phénomène existe et qu'il peut atteindre une ampleur importante même au sein des

allocataires du RMI bénéficiant pourtant d'un accès simplifié. Les taux ne semblent par ailleurs pas décroître une fois la CMU-C connue et appropriée par les bénéficiaires potentiels comme certains pouvaient l'imaginer (IGAS, 2001). Selon Bruno Négroni, ces taux constituent déjà un indice solide concernant le phénomène et peuvent justifier le lancement d'un travail spécifique pour renforcer leur fiabilité et décliner des mesures sur différents territoires. Mais l'exercice de rassemblement de présomptions ne s'arrête pourtant pas là, puisque l'objectif est aussi d'avancer dans la compréhension des causes du non-recours.

2.12 - Des présomptions concernant les causes du non-recours

A côté des premières tentatives de mesure du non-recours, « *des constats plus qualitatifs sont faits par des acteurs nationaux mais aussi par certaines Caisses primaires plus mobilisées que les autres sur l'accès aux droits et par des acteurs caritatifs* »⁵². Les discussions qui ont lieu au sein du Conseil de surveillance du Fonds CMU sont tout particulièrement une occasion de croiser des points de vue sur le dispositif ; lors des Conseils de surveillance de 2003 et 2004, les échanges mettent en exergue plusieurs dysfonctionnements qui complexifient l'accès effectif aux droits CMU et engendrent des situations de non-recours⁵³. De manière générale, les associations tiennent une place importante dans les remontées d'information relatives à des dysfonctionnements de l'action publique sur le terrain ; elles trouvent ici une oreille attentive auprès du Fonds, s'agissant des difficultés d'accès aux droits en matière de santé.

A. Des difficultés administratives qui entravent l'accès effectif

Lors du dernier Conseil de surveillance de 2003, Médecins sans frontières (MSF), qui jusque là a un avis très positif concernant la CMU, se fait plus sévère quant à son jugement du dispositif (Fonds CMU, 2004). Tout en soulignant à nouveau l'avancée effectuée grâce à la prestation en matière de taux de couverture des populations démunies, MSF pointe certaines limites de la CMU-C, mais également des dysfonctionnements administratifs dans l'application de la loi. L'association demande d'ailleurs à la CNAMTS, lors de ce Conseil de surveillance, qu'une étude soit réalisée sur ces dysfonctionnements afin de mieux les comprendre et de tenter de les résoudre (Fonds CMU, 2004).

⁵² Extrait de l'entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

⁵³ Information provenant des comptes rendus informels des Conseils de surveillance, le Fonds assurant le secrétariat du Conseil.

« Ce Conseil a été l'occasion de soulever les difficultés administratives vécues par les demandeurs et d'en discuter un peu. On comprenait bien dans le discours des associatifs que ces difficultés engendraient des situations de non-recours ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Selon l'association, plusieurs aspects relatifs au calcul et aux modalités d'ouverture du droit sont mal compris par les bénéficiaires potentiels : il s'agit principalement du « forfait logement » pris en compte dans le calcul des ressources des demandeurs et de la nécessité de choisir un organisme gestionnaire de la CMU-C. MSF note que les bénéficiaires potentiels ont, à cause du « forfait logement », du mal à déterminer leur éligibilité potentielle à la CMU-C, cela entravant fréquemment leur processus de demande. On rejoint ici une cause de non-recours soulevée par l'enquête SPS de 2000 : les personnes rencontrent des difficultés à estimer leur éligibilité et, dans l'incertitude, n'engagent pas de démarches auprès de leur CPAM. Ce que confirment également les questions et messages postés, à cette période, sur le site Internet du Fonds, comme l'exprime Bruno Négroni :

« Notre site est un bon observatoire... On voit par les questions qu'on nous adresse que la complexité du calcul des ressources, des plafonds, constitue un obstacle depuis le début. La règle du forfait logement est premièrement inadaptée. A peu près toutes les personnes qui demandent la CMU-C sont bénéficiaires d'une aide au logement. Il faudrait supprimer cette règle qui complexifie les choses pour rien ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Parallèlement, le représentant de MSF explique que la nécessité de choisir un organisme gestionnaire de la CMU-C pose problème à la plupart des demandeurs⁵⁴. L'association note que les bénéficiaires potentiels disent fréquemment avoir abandonné leur demande de droits parce que la CPAM leur a renvoyé le dossier leur demandant de choisir entre l'Etat et un Organisme complémentaire (OC) pour assurer la gestion du contrat (Fonds CMU, 2004). Ce constat est confirmé par les représentants des régimes d'Assurance maladie, dans le Conseil de surveillance, qui mettent d'ailleurs en place diverses stratégies pour limiter les abandons de dossiers pour ce motif. Le responsable d'un service CMU l'explique : *« dans beaucoup de CPAM, la consigne a été donnée aux agents de guichet ou de liquidation de remplir cette*

⁵⁴ Informations extraites des comptes rendus des Conseils de surveillance du Fonds.

partie de la demande de CMU-C à la place du bénéficiaire lorsque cela pose problème. On coche la case, on ne devrait pas mais sinon on perd les gens à force de leur renvoyer leur dossier de demande »⁵⁵.

Enfin, l'association MSF souligne que les bénéficiaires potentiels de la CMU-C ne manquent pas seulement d'informations sur des points administratifs, mais également sur les soins couverts par la CMU-C. Difficulté qui, selon le Fonds, ne fait cependant « *que refléter la méconnaissance habituelle des assurés sociaux en matière de complémentaire santé et des garanties proposées par celles-ci* » (Fonds CMU, 2003). Il n'empêche que ce manque d'informations freine l'engagement des démarches pour obtenir la CMU-C, car les personnes ne comprennent pas suffisamment précisément ce que cette prestation peut leur apporter en termes de soins pris en charge.

Selon Médecins du Monde (MDM), plusieurs aspects de la loi peuvent être améliorés et les efforts en matière d'information nécessitent d'être effectués auprès de deux types de populations en particulier : celles qui se trouvent en situation de grande exclusion, mais également celles qui ont des ressources très proches du plafond de la CMU-C. En témoignent ces propos de Bernard Moriau, ancien Président de MDM, lors d'une conférence intitulée « Exclus des soins » organisée par l'association en avril 2004 : « *le premier effort concerne la sensibilisation des assurés pouvant bénéficier du régime complémentaire. En effet, notre expérience auprès de cette population nous a montré que plus d'un million de personnes en situation de précarité et pouvant prétendre à la CMU ne s'y trouvent pas affiliées. Nous comprenons que le système pâtit de fortes disparités d'information. En réalité, deux catégories de groupes méconnaissent les conditions d'attribution de ce système d'assurance : les personnes extrêmement marginalisées et les personnes se situant dans la fourchette haute des conditions de ressources imposées. Il nous apparaît donc impérieux de mieux organiser la diffusion de l'information* ».

Il ressort du recoupement des points de vue de ces acteurs associatifs et administratifs que le non-recours s'explique par de multiples causes. Alors que le rapport d'évaluation de l'IGAS en 2001 évoque surtout « *un non-recours volontaire* » (IGAS, 2001), Bruno Négroni comprend, ce qu'il soupçonnait déjà, que les explications sont nettement plus complexes et

⁵⁵ Idem.

que les acteurs administratifs ont leur part de responsabilité dans ces situations, en particulier pour renforcer et clarifier l'information diffusée sur le dispositif.

B. Des difficultés dans les relations avec les professionnels de santé

Les difficultés ne sont d'ailleurs pas seulement administratives mais concernent également les relations avec les professionnels de santé. Cela a été pointé dans les premiers travaux de la DREES relatant les opinions des bénéficiaires de la CMU-C sur le dispositif (Boisguérin et Gissot, 2001 ; Auvray et Grignon, 2001) et dans le rapport d'évaluation de la loi réalisé par l'IGAS, qui souligne « *les attitudes peu coopérantes de certains praticiens* » (IGAS, 2001). En témoigne aussi cette discussion avec Jean François Chadelat suite à notre entretien avec Bruno Négroni au Fonds CMU en 2008 :

HR : « Concernant les refus de soins, quand cette question s'est-elle posée ?

JF Chadelat : Les discussions menées avec les acteurs de la CMU ont très vite fait apparaître une difficulté dans les relations avec les professionnels de santé, on a vu ça dès le départ. Ça confirmait d'ailleurs des positions prises pendant l'élaboration de la mesure.

HR : C'était déjà souligné dans le premier rapport d'évaluation de la loi il me semble...

JFC : Oui, pourtant on pensait que c'était surtout lié à un problème de méconnaissance de la CMU, à des incompréhensions de la part des professionnels de santé qui allaient se résorber à mesure que ce droit allait entrer dans les mœurs et dans les habitudes. Les débats qui ont mené à cette loi ont été vifs, tout le monde n'était pas d'accord et les professionnels de santé défendaient déjà certaines positions. Bon, la question est revenue en force en 2004 avec des études des associations, des prises de position de certains syndicats médicaux et le problème c'est que ça gêne l'accès aux soins ».

A côté des difficultés informationnelles et de compréhension de certains aspects de la demande de CMU-C, ce problème des refus de soins est régulièrement soulevé par les acteurs associatifs et en premier lieu par MDM. Il fait l'objet de nombreuses discussions dans le Conseil de surveillance, comme le montrent les comptes rendus de ces rencontres et les extraits des discussions intégrés dans les rapports d'activité du Fonds. L'expression « refus de

soins » est d'ailleurs impropre, car il s'agit dans la plupart des cas « *d'incitation à s'adresser à un autre professionnel et non d'un refus caractérisé* », qui se traduit également par « *des comportements discriminants de la part des professionnels de santé, certains refusant par exemple de fixer un rendez-vous aux bénéficiaires de la CMU-C ou leur proposant des dates de rendez-vous bien lointaines* » (Fonds CMU, 2003).

En tout cas et contrairement à ce qui a pu être initialement imaginé, les refus de soins -qui concernent plus spécifiquement le secteur dentaire et un certain nombre de spécialités médicales travaillant en honoraires libres-, persistent après quelques années de mise en œuvre de la CMU-C. Ainsi que nous l'explique l'un des conseillers techniques du Fonds lors d'un passage dans l'agence, des remontées régulières d'information concernant les refus de soins se font à travers des courriels envoyés au Fonds CMU et relatant des refus ou des comportements discriminants de la part de professionnels de santé ; les personnes signalant aussi parfois ne plus vouloir bénéficier de leurs droits et vouloir connaître la procédure « de résiliation ». Ces remontées d'information sont prises au sérieux par le Fonds.

Lors du premier Conseil de surveillance de 2004, la question des refus de soins a été longuement abordée. A cette occasion, la direction du Fonds a, en effet, présenté le second rapport d'évaluation de la loi CMU, rapport qui aborde ce problème. Les responsables d'organismes gestionnaires de la CMU-C présents évoquent le fait que l'application du tiers payant intégral (encadré 6) peut, en partie, expliquer les comportements des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la CMU-C, car tous ne sont pas équipés des lecteurs de carte vitale. C'est d'ailleurs ce que montre aussi, fin 2004, l'étude de la CNAMTS relatives aux dysfonctionnements administratifs de la CMU qui a été demandée par MSF et qui a été réalisée au cours de l'année (CNAMTS, 2004).

Encadré 6

Le dispositif du tiers payant en matière d'Assurance maladie

L'Assurance maladie rembourse les frais médicaux sur la base de tarifs de responsabilité, appelés aussi tarifs conventionnels. Les sommes restantes, correspondant au ticket modérateur, sont à la charge de l'assuré. Elles peuvent être partiellement ou totalement prises en charge par un Organisme complémentaire (OC), si les personnes disposent d'une protection complémentaire. Le dispositif du tiers payant permet à l'assuré de ne régler au professionnel de santé qu'une partie du coût des soins, celle relative au ticket modérateur, ou de ne faire aucunement l'avance de frais.

Il existe en effet deux types de tiers payant : le tiers payant partiel, dans le cadre duquel l'assuré paie aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, établissement de soins...) uniquement le ticket modérateur, l'Assurance maladie réglant en effet directement les frais à sa charge au professionnel concerné ; le tiers payant total, dans le cadre duquel l'assuré n'a aucun frais à régler pour ses soins, l'Assurance maladie payant directement sa part au professionnel de santé et l'Organisme complémentaire (OC) faisant de même pour la partie des frais qui le concerne.

Dans certaines situations, le tiers payant total s'applique de droit. Par exemple, lorsque les soins sont dispensés à une personne bénéficiaire de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS, quand les soins sont liés à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ou sont réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé, enfin si les coûts sont liés à des soins effectués au cours d'une hospitalisation au sein d'un établissement sous convention avec l'Assurance maladie.

Source : Site internet Service public.fr

Il semble que la difficulté d'utilisation de la carte vitale (encadré 7) constitue un problème pour certains praticiens soit parce qu'ils ne sont pas équipés pour la télé-transmission, soit parce que les droits des bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas à jour ; ainsi les pharmaciens qui utilisent la télétransmission signalent des problèmes techniques pour se faire payer quand l'assuré CMU n'a pas actualisé sa carte vitale (Fonds CMU, 2003). Lors des échanges en Conseil de surveillance, les associations ont souligné « *que cette dissuasion est parfois vécue comme une humiliation par les usagers et qu'elle peut aboutir à des non renouvellements de droits CMU-C* »⁵⁶.

⁵⁶ Extrait du compte rendu du Conseil de surveillance de février 2004.

Encadré 7

La carte vitale : un dispositif central pour l'Assurance maladie

La carte vitale est la carte d'Assurance maladie en France dont dispose chaque assuré social pour bénéficier de ses remboursements de soins. La première version a été diffusée en 1998. En assurant l'identification numérique de l'assuré social, elle est une composante essentielle du système SESAM-Vitale de création et de transmission sécurisée des flux de facturation des prestations de soins. Cette architecture permet la gestion automatisée de la facturation des prestations de soins, tout en assurant un traitement plus rapide des dossiers de remboursement des frais médicaux ainsi qu'une diminution des coûts de personnel dans les CPAM. Le système permet l'envoi des feuilles de soins électroniques (FSE) vers les portails des organismes de l'Assurance maladie obligatoire et des demandes de remboursement électroniques (DRE) vers les portails des organismes d'assurance maladie complémentaire.

C'est en 1993 que les trois principaux régimes d'Assurance maladie obligatoire décident de créer un Groupement d'intérêt économique (GIE) pour porter le projet SESAM-Vitale. La même année, les régimes spéciaux constituent une Union nationale des régimes spéciaux (UNRS) afin d'adhérer collectivement au GIE SESAM-Vitale et de participer à l'aventure de la dématérialisation des feuilles de soins. Depuis mai 2007, la carte vitale 1 est progressivement remplacée par une carte de nouvelle génération, la carte Vitale 2, qui affiche la photographie du titulaire, et est plus évoluée techniquement.

Source : site Internet du GIE SESAM-Vitale, www.sesam-vitale.fr

Au cours de l'année 2004, la problématique des refus de soins a été ravivée par une polémique déclenchée par un syndicat dentaire qui a rédigé une motion « *recommandant à ses membres de n'inscrire les bénéficiaires de la CMU qu'en dernier sur les listes d'attente, de se contenter d'effectuer les seuls soins en urgence et d'ajourner les soins prothétiques en attendant une revalorisation des barèmes* » (Fonds CMU, 2004). Si ces divers problèmes ont un impact sur l'accès aux soins et sur le recours aux droits à la CMU-C des personnes démunies, ils ont aussi eu pour conséquence de centrer l'attention de la CNAMTS sur la résolution des difficultés techniques de paiement des professionnels et moins sur la compréhension approfondie des refus de soins. Il faut dire que l'un des objectifs prioritaires de la CNAMTS à cette période est bien la montée en charge de la carte vitale et la résorption rapide des incidents et des difficultés de paiement du corps médical.

De manière générale, la mise en place du système SESAM-Vitale a été longue et complexe pour les CPAM. La télétransmission des feuilles de soins électroniques a nécessité des changements importants s'agissant des outils informatiques utilisés, changements qui ne se

sont pas fait sans heurts et qui ont eu des conséquences sur les délais de remboursements des soins. Le système de liquidation associé à SESAM-Vitale a, parallèlement, introduit des exigences nouvelles de qualité qui ont affecté la productivité des techniciens des caisses. La mise en œuvre de la CMU vient renforcer ces difficultés et en induire d'autres ; elle nécessite en effet, elle aussi, l'utilisation de nouvelles applications informatiques, en particulier pour que les CPAM puissent effectuer le tiers payant coordonné. La « prise en main » de nouveaux outils et la complexité de la mise en œuvre du tiers payant total, demandant une coordination avec les OC pour les contrats CMU-C gérés par ceux-ci, engendrent ainsi, à cette période, des retards fréquents dans les paiements aux professionnels de santé.

Entre 2000 et 2002, la plupart des Caisses primaires a dû faire face à des incidents affectant, d'une part, la production courante et, d'autre part, la liquidation spécifique des remboursements pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ces incidents viennent, en l'occurrence, contrarier la réalisation des objectifs de réduction des délais de paiement, inscrits dans les engagements qualité des CPAM et attendus avec la dématérialisation de la facturation des soins. Ils amènent, par la même, les caisses à négliger certains aspects du service dû à l'utilisateur, notamment par une réduction de l'amplitude de leurs horaires d'ouverture au public (IGAS, 2001).

Dans tous les cas, que les obstacles repérés par les acteurs de la CMU soient de nature administrative ou qu'ils aient trait à des pratiques discriminantes envers les bénéficiaires du dispositif, ils induisent des comportements de non renouvellement des droits, d'abandon ou de non demande. Les indices qui suggèrent des difficultés dans l'accès effectif aux droits CMU-C laissent entrevoir que plusieurs éléments peuvent amener des situations de non-recours. Les raisons sont de différentes natures et prennent leurs sources aussi bien dans des comportements individuels, que dans des problématiques institutionnelles ou dans les relations avec les professionnels de santé.

Ces constats prolongent et renforcent ceux qui ont été faits par le passé dans les travaux de la DREES et de l'IRDES : les questions relatives à l'éligibilité tout comme les difficultés informationnelles perdurent. Au delà du fait que des personnes sont couvertes par une autre complémentaire, éventuellement liée à un contrat de travail, et que d'autres ne perçoivent ni la nécessité d'un recours aux soins dans un avenir proche ni celle d'entreprendre des démarches pour se mutualiser, les problèmes d'incompréhension semblent toujours fréquents et porter sur

des points spécifiques du dispositif. Parallèlement, des choix politiques faits lors de la création de la CMU-C et d'ailleurs fortement débattus à l'époque, tel que le droit d'option, entravent l'accès de bon nombre de personnes. L'exercice de rassemblement de présomptions à partir des observations des acteurs de la CMU-C montre que la responsabilité du non-recours semble donc partagée (Warin, 2004) et relever autant de dysfonctionnements institutionnels ou médicaux, que de la construction même du droit à la complémentaire CMU.

2.13 - Des présomptions sur les conséquences du non-recours

Bruno Négroni et les conseillers techniques effectuent également une veille sur les travaux approchant les conséquences potentielles du non-recours à la CMU-C sur l'accès aux soins des populations démunies. L'objectif premier du dispositif est, en effet, de lever les obstacles financiers qui empêchent certains ménages de recourir à des soins. Comme nous l'avons dit, des travaux se sont déployés pour approcher les conséquences de la CMU-C sur ce point. Les analyses conjointes de la DREES et de l'IRDES apportent, par exemple, des informations précieuses sur le recours aux soins des populations couvertes par la CMU-C et analysent les changements dans leurs comportements de soins (Boisguérin et Gissot, 2002 ; Raynaud, 2003 ; Boisguérin, 2004). L'enquête SPS permet, quant à elle, de suivre les évolutions des renoncements aux soins pour raisons financières, ce qui intéresse particulièrement les acteurs du Fonds CMU.

Ainsi, il est mis en exergue qu'après la mise en place de la CMU, le taux de renoncement aux soins pour raisons financières qui avait augmenté entre 1998 et 2000 chute fortement et ce jusqu'en 2002, où il se stabilise⁵⁷. L'enquête de la DREES menée en 2000, et dont les résultats sont publiés en 2002, souligne qu'un ménage bénéficiaire de la CMU-C sur deux déclare avoir renoncé à des soins avant la mise en place du dispositif. Il s'agit d'ailleurs principalement de ceux qui n'ont pas bénéficié de l'aide médicale ou d'une aide médicale de bonne qualité par le passé. 65% de ces ménages ont commencé à se soigner depuis l'obtention de la CMU-C. Ce que l'on peut appeler du « rattrapage de soins » a concerné en premier lieu les consultations et les médicaments, et bénéficié plus généralement aux enfants et aux femmes (Boisguérin et Gissot, 2002).

⁵⁷ Une manière d'appréhender l'impact de la CMU sur le recours aux soins consiste à repérer les personnes qui, ayant renoncé à des soins avant de se voir ouvrir le bénéfice de la CMU, ont été amenées à engager des soins depuis.

Cette enquête indique également que 30% des personnes interrogées déclarent qu'il reste toujours un certain nombre de soins, notamment optiques et dentaires, auxquels elles renoncent. Cependant, si l'on compare à une situation sans complémentaire santé, la CMU accroît de manière générale la probabilité de recourir à l'ensemble des soins, y compris aux soins dentaires et optiques et le fait d'en bénéficier augmente la dépense totale de soins d'environ 20% par an. Fin 2000, les bénéficiaires de la CMU-Considèrent d'ailleurs plus souvent que les non bénéficiaires que leur état de santé s'est amélioré en une année (Raynaud, 2003).

Fin 2003, la DREES effectue une nouvelle enquête auprès de 3000 bénéficiaires de la CMU-C. Elle démontre que le bénéfice de la prestation atténue toujours le renoncement aux soins pour raisons financières (Boisguérin, 2003). A structure d'âge identique, les personnes qui n'ont pas de complémentaire renoncent à des soins 2,3 fois plus souvent que ceux qui en ont une, tandis que les bénéficiaires de la CMU y renoncent 1,8 fois plus souvent. Si 43% des ménages de nouveaux bénéficiaires ont renoncé à des soins avant leur entrée dans le dispositif, 71% d'entre eux ont entamé de nouveaux soins depuis son acquisition. D'une manière générale, la proportion des ménages dans cette situation demeure à la fois stable et importante entre 2000 et 2003, elle augmente uniquement pour les prothèses dentaires de 35% à 49% et pour les soins optiques de 47% à 61%. Ce sont les ménages dont la personne de référence est inactive qui déclarent le plus fréquemment avoir commencé des soins depuis que le bénéfice de la CMU leur a été accordé.

Les résultats de l'enquête SPS de 2002 confirment le rattrapage de soins : ils montrent qu'au niveau individuel plus de 70% des nouveaux bénéficiaires ont renoncé à au moins un soin avant la CMU et en ont entamé depuis son obtention. SPS permet en plus de souligner que, comme en 2000, ce « rattrapage » a surtout profité aux enfants et plus généralement aux jeunes de moins de 20 ans, 81% sont concernés (Le Fur et Perronin, 2003). En 2003, Michel Grignon, chercheur à l'IRDES, souligne que la CMU B et CMU-C ont eu un impact fort sur la consommation de médicaments et le recours à des médecins spécialistes.

On peut conclure de ces travaux que la CMU-C permet de limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières dans une proportion proche de celle observée pour les autres couvertures complémentaires. Elle a parallèlement entraîné un mouvement de rattrapage de

soins. La dernière enquête de la DREES indique que 80% des personnes interrogées trouvent qu'il est plus facile, du point de vue financier, de se faire soigner depuis que la CMU a été mise en place et qu'elles en bénéficient. Ceci s'explique notamment par la procédure du tiers payant qui s'est systématisée ainsi que par la gratuité de certains soins. Néanmoins, 20% des répondants ont l'avis inverse ce qui peut en partie s'expliquer par le problème des refus de soins et par la persistance de difficultés administratives (Boisguérin, 2004).

En revanche, cette enquête montre que 22% des ménages bénéficiaires de la CMU depuis plus d'un an déclarent encore avoir renoncé à au moins un soin dans les douze mois précédents (Boisguérin, 2004). Une personne interrogée sur cinq déclare donc qu'elle ne peut toujours pas effectuer certains soins principalement à cause des restes à charge et essentiellement en matière de prothèses dentaires ou d'optique. Ces déclarations confirment la permanence de certains renoncements aux soins.

L'enquête SPS effectuée en 2002 montre, quant à elle, que 10% des personnes interrogées bénéficiant d'une couverture complémentaire hors CMU déclarent avoir renoncé à un soin au cours des douze derniers mois, pour des raisons financières. A l'instar de cela, on peut dire que le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C demeure supérieur à celui observé pour les personnes bénéficiant d'une autre couverture complémentaire. Et en effet, l'écart entre les taux de renoncement moyens des quintiles extrêmes qui atteignait 14,2 points en 1998 a baissé avec la mise en place de la CMU (9,1) mais s'est ensuite stabilisé à 10,5 points à partir de 2002 (IRDES, 2003). L'écart de renoncement entre allocataires de la CMU-C et personnes protégées par une autre complémentaire demeure ainsi statistiquement constant à partir de cette année là.

En 2004, ce sont 13% des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête SPS, qui déclarent avoir renoncé à des soins au moins une fois au cours des douze derniers mois. Les personnes dépourvues de complémentaire santé déclarent plus souvent renoncer que celles qui en ont une. Enfin, il semble que le renoncement soit plus souvent cité par des personnes qui jugent avoir des difficultés financières dans leur vie. Les renoncements concernent pour 49% des soins bucco dentaires, pour 18% des soins en optique et pour 9% des soins spécialisés.

Malgré la mise en place de la CMU-C, la question de l'accès à une complémentaire santé continue de se poser en France. L'enquête Santé de l'INSEE réalisée entre 2002 et 2003

indique ainsi que si la couverture maladie complémentaire s'est diffusée dans l'ensemble de la population, elle reste fortement corrélée au niveau de vie : ainsi plus le niveau de vie des ménages est faible, plus ils se trouvent sans complémentaire santé. En 2003, 21% des individus appartenant aux 20% de ménages ayant le niveau de vie le plus faible ont déclaré ne pas avoir de complémentaire contre 4% pour le quintile le plus élevé. Thibaut de Saint Pol et François Marical de l'INSEE soulignent bien que ces différences ont des conséquences sur le recours aux soins puisque les personnes non couvertes par une complémentaire santé sont deux fois plus nombreuses à ne pas avoir rencontré de médecin au cours des douze derniers mois. Ainsi, 7% des adultes bénéficiant d'une complémentaire santé déclarent ne pas avoir consulté de médecin, généraliste ou spécialiste, au cours des 12 mois précédant l'enquête contre 17% des individus non couverts, soit un chiffre 2,3 fois plus élevé.

Malgré la mise en place de la CMU-C, les travaux scientifiques, pris en compte dans la veille du Fonds, convergent : des personnes avec de faibles ressources ne disposent toujours pas de complémentaire et cela impacte leurs possibilités d'accéder à des soins et de se faire soigner. Le bénéfice de la CMU-C réduit globalement la probabilité de renoncer aux soins, même s'il faut opérer des distinctions en fonction des types de soins car certains demeurent difficilement accessibles même pour ceux qui sont couverts par la CMU-C, voire par une autre complémentaire. Selon Bruno Négroni, ces résultats ont confirmé la nécessité de prendre en compte et de limiter le non-recours à la CMU-C pour *« éviter un problème social à l'avenir, que les gens ne se soignent pas dans la mesure où le bénéfice d'une complémentaire va devenir encore plus nécessaire avec le renforcement du transfert de charges. On voit que la CMU-C protège contre le renoncement aux soins, pas complètement c'est sûr... alors autant faire en sorte que les gens la demandent »*⁵⁸.

Ces constats additionnés aux quelques estimations quantitatives du non-recours à la CMU-C montrent que l'effectivité de l'accès aux soins n'est pas une réalité pour tous et particulièrement pour ceux qui ne bénéficient pas de leurs droits en matière de complémentaire santé. L'opération visant à accumuler des présomptions sur le non-recours permet de regrouper des constats disparates, de teneurs différentes puisque certains relèvent de travaux scientifiques, d'autres de discussions informelles mais qui finalement se rejoignent.

⁵⁸ Extrait de l'entretien avec Bruno Négroni, avril 2008.

Le non-recours constitue un sujet d'inquiétude pour certains acteurs, au premier rang desquels les associatifs, même s'il ne fait pas l'objet d'une mobilisation concertée ; comme nous l'avons déjà écrit, les prises de position sur le sujet sont surtout individuelles et au sein des institutions gestionnaires de la complémentaire CMU, le consensus est rare. Tout comme au sein du Fonds, la question du non-recours est en général portée par un ou par quelques acteurs qui trouvent des soutiens sur le sujet souvent en dehors des murs de leurs institutions. L'exercice d'accumulation permet aussi de mettre cela en exergue.

2.2 – Un intérêt croissant au sein du Fonds, mais des présomptions à consolider

Le faisceau de présomptions relatives au non-recours à la CMU-C est à la fois suffisant pour susciter l'intérêt du directeur général et insuffisant au sens où il nécessite d'être, selon lui, solidifié et renforcé.

2.21 - La nécessité de renforcer la quantification du non-recours à la complémentaire

Jean François Chadelat est, en effet, particulièrement intéressé par les chiffres qui s'avèrent, dans certains cas et pour certaines populations, être nettement plus élevés que ce qu'il envisageait. Cependant, il les pense insuffisamment fiables pour discuter sérieusement du caractère potentiellement problématique du non-recours. Il trouve que les estimations restent partielles et que les données à partir desquelles elles sont réalisées ne sont pas satisfaisantes :

« C'est vrai les chiffres montraient un écart. Mais la plupart des enquêtes qui avancent des taux est construite sur du déclaratif, les personnes ne comprennent pas toujours ce qu'on leur demande et certaines ne savent pas précisément ce qu'est une complémentaire... Même nos chiffres posaient problème à cause des difficultés avec les remontées d'informations, il est arrivé que 250 000 personnes soient comptées à tort comme étant à la CMU-C. Ce n'est qu'un exemple mais cela montrait que des progrès restaient à faire. Les décomptes statistiques ne sont pas nécessairement fiables. On avait besoin de méthodes pour produire des vrais chiffres et pouvoir voir si on est bien aux alentours de 20 % (...). En 2004 on était en pleine période de réforme de l'Assurance maladie et de nouveau la question de l'accès aux soins des populations allait se poser. Le non-recours, bon s'il est correctement quantifié, peut être un argument dans ce débat en montrant que la CMU-Complémentaire, qui constitue sans

contestation un progrès majeur, est loin d'avoir répondu à la question fondamentale de l'optimisation de l'accès aux soins de tous les Français et que le débat n'est pas clos ».

Extrait d'une discussion avec Jean François Chadelat, directeur du Fonds CMU, avril 2008.

Le fait qu'il y ait un différentiel estimé à la fois par le Fonds et par d'autres acteurs, au premier rang desquels l'INSEE, contribue cependant fortement à convaincre le directeur du Fonds de lancer des études sur le non-recours à la CMU-C, ne serait-ce que pour vérifier ces mesures et imaginer des méthodes plus pérennes pour disposer régulièrement de taux de non-recours. En ce sens, la réalisation d'études sur le sujet a vocation, en premier lieu, à améliorer les méthodes de calcul, afin de déterminer avec encore plus de précision l'ampleur du non-recours.

Comme le souligne Philippe Warin lorsqu'il évoque les premières discussions entre l'ODENORE et le Fonds sur le non-recours à la CMU-C en 2004, Bruno Négroni veut lui aussi « *une méthode fiable pour approcher le non-recours et une vraie bonne info issue par exemple des données territoriales et des données des caisses* »⁵⁹. L'approche statistique du phénomène a ainsi un poids majeur à l'heure où le chiffre acquiert un véritable pouvoir social de légitimation dans les débats (Math, 2003a).

Dans ce cadre, ce qui intéresse Jean François Chadelat, c'est donc prioritairement de procéder à un exercice sérieux de quantification du non-recours de la complémentaire CMU, mais aussi à un décryptage poussé et régulier de ses conséquences sur l'accès aux soins. Il valide ainsi le lancement et le financement par le Fonds d'études portant sur le non-recours à la CMU-C. Cette décision fait toutefois l'objet de discussions avec les acteurs étatiques, lors d'une réunion du Conseil d'administration (CA) du Fonds.

L'élaboration de taux de non-recours à la CMU-C paraît plus particulièrement nécessaire et utile pour le directeur du Fonds, à l'heure où se réactive le débat sur l'accès aux soins en France, dans un contexte de réforme imminente de l'Assurance maladie. C'est également la position de Dominique Libault, Directeur de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, en poste de 2003 à 2012, lorsque nous lui demandons l'avis qui a été le sien lorsque le Fonds CMU a expliqué vouloir investiguer le non-recours :

⁵⁹ Extrait de l'entretien avec Philippe Warin, responsable de l'ODENORE, octobre 2009.

« Pourquoi on a validé ? Parce qu'il fallait qu'on regarde où on en était au niveau de ceux qui utilisaient ce qu'on avait mis en place. On avait du mal à avoir des chiffres fiables. Parce qu'on avait, et on a, l'idée que l'accès à la couverture de base mais aussi complémentaire, c'est devenu un peu indispensable pour éviter les problèmes d'accès aux soins liés à des problèmes financiers... En 2004, on voulait systématiser une politique d'ouverture pour que tous les français détiennent une couverture et mettre en place un dispositif national pour limiter l'effet de seuil. On voulait progresser pour des questions sociales, parce que c'est aussi la vocation des caisses, même s'il y a la question des dépenses, d'agir sur des sujets d'accès aux soins, d'accès aux droits qui sont fondateurs de ce qu'est la Sécurité sociale ».

Entretien avec Dominique Libault, directeur de la DSS du ministère de la Santé, juin 2009.

En 2004, la volonté de chiffrer le non-recours à la CMU-C est ainsi surplombée par l'idée d'évaluer l'effectivité du dispositif mis en place par les pouvoirs publics pour solvabiliser l'accès aux soins des populations démunies. L'enjeu d'évaluation associé au non-recours par la plupart des acteurs publics est bien présent concernant la complémentaire. C'est cet enjeu en particulier qui amène le directeur adjoint du Fonds CMU à emporter la conviction de sa direction et des acteurs étatiques, quant à son projet de lancer des études sur le non-recours à la CMU-C.

2.22 - Un argument potentiel dans les débats sur la protection maladie des plus démunis

L'évaluation de l'effectivité, mais aussi de l'efficacité de la CMU-C, prend place dans des débats relatifs à la transformation de la protection maladie engagée depuis plusieurs années et qui, en 2004, sont attisés par la préparation d'une vaste réforme de l'Assurance maladie. Dans son cadre, la question des mécanismes à mettre en œuvre pour protéger les populations à faibles revenus continuent à se poser. La fin des années 1990 est marquée, comme nous l'avons déjà souligné, par la prise de conscience des pouvoirs publics de la nécessité que chacun puisse bénéficier d'une complémentaire santé, à côté de sa couverture de base, pour accéder financièrement aux soins. Ils ont, par conséquent, mis sur pied la CMU-C : celle-ci modifie le rôle de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'Assurance maladie complémentaire (AMC), et par la même les liens entre ces deux entités : la première est entrée au cœur du champ de la seconde en se voyant confier la gestion de la complémentaire CMU.

La seconde est désormais en partie financée par des deniers publics. Cela a contribué à brouiller les pistes quant à la répartition des rôles sur ce pan de la protection maladie des personnes à faibles ressources.

Les débats qui ont mené à la mise en place de la CMU avec son volet de base et son volet complémentaire ont été complexes ; ils sont notamment surplombés par des considérations financières fortes. Des acteurs aux logiques divergentes y ont pris part, amenant *in fine* une solution qui tente de concilier les intérêts des différentes parties prenantes de la protection maladie (Commaille et Frotiée, 2004). Ces débats, d'apparence technique, ne le sont pas et démontrent la complexité des choix à faire pour apporter une protection maladie la plus complète possible à tous, dans un contexte de réduction de la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie obligatoire (AMO). La question n'a pas été réglée avec la CMU-C. En particulier, parce que c'est immédiatement posée la question de son effet de seuil. Ainsi et afin de prendre en charge les personnes dépassant de quelques euros le plafond de la prestation, des dispositifs hétérogènes d'aide à la mutualisation ont vu le jour, à partir de 2001, à l'initiative de certaines CPAM, de Fédérations d'Organismes complémentaires (OC) également. Nous les présenterons en détail dans la suite de ce travail. Cette hétérogénéité fait dire à Jean François Chadelat, en 2003, que :

« La répartition entre Assurance maladie obligatoire et Assurance maladie complémentaire, qui ne concerne pas que les plus démunis, est le produit d'une succession de décisions techniques, parfois anciennes, plutôt que d'une approche d'ensemble, pourtant indispensable dans un contexte de maîtrise de la dépense sociale. L'accès à la complémentaire des populations ayant de bas revenus reste particulièrement un problème alors même qu'il faut que chacun puisse y avoir accès s'il le désire, sans qu'il soit freiné par le niveau de la cotisation ou de la prime ».

Extrait du rapport sur la répartition des rôles entre AMO et AMC de Jean-François Chadelat, 2003, p. 13.

Le directeur du Fonds est ainsi pleinement engagé dans les discussions concernant la répartition des rôles entre les étages prenant en charge les dépenses de santé (Chadelat, 2003). En 2003 et dans l'optique de la réforme de l'Assurance maladie qui s'annonce, il pilote un groupe de travail pour la Commission des comptes de la Sécurité sociale sur « la répartition des interventions entre les Assurances maladie obligatoire et complémentaire en matière de

dépenses de santé », qui donne lieu à un rapport controversé. Dans celui-ci, il explique qu'une nouvelle répartition des rôles entre AMO et AMC est indispensable, non pas seulement pour le financement des dépenses de santé, mais plus globalement pour renforcer la gestion du risque maladie.

Selon lui, l'objectif est bien de permettre « *une meilleure prise en charge de tous les Français, dans le cadre d'un objectif de santé publique, pour apporter une contribution efficace à l'amélioration de l'état de santé de la population. Chacun doit pour cela pouvoir avoir accès aux soins dans de bonnes conditions* » (Chadelat, 2003). Le directeur du Fonds CMU propose, pour ce faire, d'entériner l'intervention conjointe de l'AMO et de l'AMC, en rationalisant cependant leurs interventions et en organisant de manière plus serrée leur coopération, sous l'égide des acteurs étatiques. Dans cette perspective, il veut créer une « Couverture maladie généralisée » (CMG) : celle-ci serait constituée de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et d'une assurance maladie complémentaire dite de base (AMCB) (encadré 8). L'AMCB intégrerait potentiellement la CMU-C, dont elle viendrait néanmoins modifier certaines dimensions.

Encadré 8

La Couverture maladie généralisée (CMG)

La Couverture maladie généralisée (CMG) serait la somme des garanties offertes par l'Assurance maladie obligatoire et par une Assurance maladie complémentaire de base (AMCB). Selon Jean François Chadelat, la CMG répond au constat que la seule affiliation à une AMO ne suffit plus à garantir le libre accès aux soins que la nation veut garantir à ses citoyens. Dans cette perspective, le panier de soins de la CMG est plus large que l'actuel panier de soins de l'AMO, panier discuté conjointement entre les organismes de l'Assurance maladie de base et complémentaires mais validé au bout du compte par l'Etat. Jean François Chadelat dans ce rapport propose aussi une aide pour l'accès à l'AMCB sous la forme d'un chèque qui serait dégressif en fonction des revenus et qui limiterait l'effet de seuil brutal existant avec la CMU-C.

Source : Rapport Chadelat relatif à « La répartition des interventions entre les Assurances maladie obligatoire et complémentaire en matière de dépenses de santé », 2003.

Même si cette proposition de Jean François Chadelat n'a pas été reprise, elle montre toutefois son implication dans les débats visant à réguler les dépenses de santé et à gérer le risque maladie par un nouvel équilibre des rôles entre les acteurs qui y prennent part. S'il accepte que le Fonds CMU finance des études sur le non-recours à la complémentaire, ce n'est pas

nécessairement, à la différence de Bruno Négroni, pour améliorer l'effectivité de la CMU-C et travailler sur les modalités d'accès à ce droit. En effet, il n'est, pour lui, pas exclu de modifier le principe même de cette prestation ou, tout du moins, de l'intégrer dans un dispositif plus large, telle la Couverture maladie généralisée (CMG). En ce sens, l'accroissement de son intérêt pour le non-recours tient principalement à une volonté de chiffrage parce que les taux, à condition d'être solides, lui apparaissent potentiellement mobilisables dans les débats relatifs aux évolutions de la protection maladie. Ils peuvent, en effet, venir soutenir des prises de position quant aux évolutions à envisager pour protéger l'ensemble de la population en matière de santé, dans un contexte où les ressources financières consacrées à cette protection sont fortement contraintes. Bruno Négroni nous l'explique :

« Je crois qu'il [Jean-François Chadelat] percevait de plus en plus le non-recours comme un argument possible dans un débat sur la manière de couvrir les personnes démunies sur la partie complémentaire, comme une manière de dire « regardez tel ou tel dispositif ne donne pas satisfaction, on peut proposer autre chose... » Ou « il y a des inégalités, on peut faire autrement... » Car le débat est bien là et sur le rôle pris par les acteurs publics et les complémentaires privées. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, le transfert de charges existe et après ? »

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Le Fonds remplit des missions diverses qui font de lui un acteur structurant du dispositif CMU. A côté du financement, il participe à son pilotage en produisant une réflexion approfondie et tend ainsi à éclairer l'action des différentes parties prenantes de la loi. Mis en exergue dans l'analyse de la CMU à travers un faisceau de présomptions rassemblées par son directeur adjoint, le non-recours à la complémentaire gratuite prend, peu à peu, place dans un débat relatif aux évolutions de la protection maladie en France. Pour la Direction de la Sécurité sociale (DSS), lancer des études sur le non-recours peut être utile afin de « faire le

point sur un sujet peu abordé qui donne une idée de l'impact des aides ciblées sur les plus défavorisés »⁶⁰.

Derrière la question du non-recours, se profile celle de l'effectivité et de l'efficacité des réponses apportées par les pouvoirs publics à l'absence de protection complémentaire d'une partie de la population, en l'occurrence la plus modeste. Comme cela a été le cas à l'étranger, dans les pays anglo-saxons puis aux Pays-Bas, la question du non-recours s'intègre, en France, dans les débats relatifs aux évolutions de la protection sociale et commence à se poser lorsque des prestations ciblées sont mises en place pour répondre spécifiquement aux besoins de certaines catégories de la population. L'intérêt porté à cette question se spécifie tout de même au regard des débats propres à l'organisation de la protection maladie en France et aux choix faits par les pouvoirs publics pour réformer ce secteur, lorsque les déséquilibres financiers se sont fait ressentir.

Dans cette optique, la production de connaissances sur le non-recours n'est ni technique, ni dépolitisée. Bien au contraire. Jean François Chadelat ne s'y trompe pas. S'il accepte de financer des travaux sur le sujet, c'est parce qu'à l'instar du directeur de la DSS, il perçoit à travers le faisceau de présomptions réuni par Bruno Négroni l'importance de détenir des informations fiables sur le non-recours à la complémentaire gratuite. Plus encore dans un contexte où la couverture maladie des plus démunis s'esquisse comme une question clef de la réforme de l'Assurance maladie annoncée par le Ministre de la Santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy.

L'établissement progressif d'un faisceau de présomptions en concertation avec les acteurs de la complémentaire gratuite vient soutenir la conviction du directeur adjoint et stimuler l'intérêt du directeur. Les taux de non-recours l'interrogent, en particulier, car en moyenne ils dépassent ce que J.F. Chadelat, statisticien de formation, considère comme un taux de non-recours normal et prévisible pour tout minimum social. Par ailleurs, les présomptions dessinant l'impact du non-recours aux droits complémentaires sur l'accès aux soins lui font dire que les personnes concernées par ces situations sont « *non seulement (...) exclues de fait de politiques sociales mises en place pour elles, mais [que] le non-recours augmente la*

⁶⁰ Extrait de l'entretien mené avec Dominique Libault, directeur de la DSS, juin 2009.

situation de précarité de ces personnes et pose un problème d'inégalité supplémentaire, l'inégalité dans l'accès aux droits »⁶¹.

Se profile ainsi derrière la question du non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire, celle d'inégalités persistantes dans l'accès aux droits en matière de complémentaire et, par la même, d'inégalités dans l'accès aux soins. Fin 2004 donc, Jean François Chadelat et Bruno Négroni présentent, au Conseil d'administration (CA) du Fonds, les différents sujets sur lesquels ils envisagent de financer des travaux : le non-recours à la CMU-C en fait partie. Les membres du CA acceptent ce sujet. Ils se rejoignent surtout sur l'idée selon laquelle il convient de disposer d'une connaissance plus solide avant d'envisager une quelconque intervention sur le non-recours ou la modification des droits en matière de complémentaire.

Le lancement d'études ressemble ainsi à un compromis entre les différents acteurs concernés par la CMU : il ne s'agit pas de dire que le non-recours est un problème, ni qu'il doit être intégré parmi les priorités d'action en matière de protection maladie, mais de prendre le temps de connaître le phénomène dans ses différentes dimensions. Ceci afin de déterminer précisément son ampleur, ses causes et ses conséquences. De dessiner aussi, le cas échéant, les responsabilités des différents acteurs et les solutions potentielles pour améliorer l'accès à la complémentaire des populations démunies, alors que la réforme de l'Assurance maladie de Philippe Douste-Blazy déploie ses mécanismes d'accroissement de la participation financière des patients aux dépenses de santé.

⁶¹ Propos de Jean-François Chadelat lors d'une réunion du Conseil de surveillance du Fonds CMU, en juin 2004. Propos extraits du compte rendu de cette réunion.

Chapitre 3.

Un contexte politique opportun.

La réforme Douste-Blazy de l'Assurance maladie

La conjoncture politique de l'année 2004 contribue à expliquer la décision du Fonds CMU de lancer des études sur le non-recours à la CMU-C et le consensus qui se forme s'agissant de la nécessité de vérifier, à travers le chiffrage du phénomène, l'effectivité du dispositif. Alors qu'une réforme profonde de l'Assurance maladie est en marche, la question des inégalités financières d'accès aux soins, mise quelque peu de côté pendant les premières années d'application de la CMU, se pose à nouveau avec acuité. En témoignent la Conférence organisée par Médecins du monde (MDM) en avril 2004, intitulée « *Les exclus des soins* » et les mots d'ouverture du président de l'association :

« Médecins du Monde a souhaité organiser cette table ronde pour poser la problématique de l'accès aux soins des plus démunis. Ce choix semble justifié du fait des nombreuses questions se faisant jour autour de la réforme de la Sécurité sociale ».

Extrait du propos de Claude Moncorge, Président de Médecin du monde (MDM),
avril 2004.

Il faut dire que le cœur de la réforme de 2004 consiste en une action structurelle sur la demande de soins, au risque d'une augmentation substantielle de la participation financière des patients. La maîtrise des dépenses maladie par des mesures visant à rationaliser la demande de soins et à encadrer les comportements des patients n'est pas nouvelle (Cornilleau, 2009). Elle fait partie des stratégies possibles et déjà mobilisées à de nombreuses reprises par les pouvoirs publics (Elbaum, 2007). C'est d'ailleurs bien ce type d'actions qui a amené une augmentation du reste à charge (RAC) des patients et la mise à l'agenda du problème de l'accès à une complémentaire santé pour tous. Nous l'avons dit. L'évolution du service public de l'Assurance maladie pose ainsi une question très concrète pour les usagers, celle du niveau de prise en charge des dépenses de santé (Tabuteau, 2012).

Ceci est d'autant plus vrai en 2004 car la réforme de Philippe Douste-Blazy est celle qui marque le tournant de la gestion du risque maladie (GDR). Il s'agit, dans le cadre de ce référentiel, d'agir plus fortement que par le passé sur les comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé, afin de préserver un bon état de santé à l'ensemble de la population sans néanmoins augmenter les dépenses de l'Assurance maladie (Tabuteau, 2006). La Loi d'août 2004 relative à l'Assurance maladie réaffirme le droit à la protection de la santé. Dans son article premier, on peut lire que « *la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources. L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire* ». Cette loi contient cependant de nombreuses mesures qui viennent heurter de front l'accessibilité financière du système de santé, renforçant en cela une direction prise, en France, dès les années 1970 pour tenter de maîtriser les dépenses de santé.

Dans les années 1950, la part de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) dans le financement des soins ne dépasse pas 50%, mais elle augmente nettement entre 1960 et 1980 pour atteindre environ 80%. Par la suite, elle diminue pour se stabiliser à un taux d'environ 77% entre 1995 et 2005. La part des Complémentaires santé dans le financement des dépenses de santé augmente, quant à elle, à partir des années 1980 du fait des réductions répétées des taux de remboursement, pour avoisiner 13% en 2005. Par ailleurs, la création en 1980 du secteur 2 à honoraires libres ouvre la porte aux dépassements d'honoraires dont l'impact doit être pris en compte lorsque l'on évoque le coût de la santé pour les ménages (Fenina et Geffroy, 2006).

Ce coût s'élève au rythme des plans de redressement de la branche Maladie et de la montée en puissance de la pratique des dépassements. Il devient d'ailleurs nécessaire de ne parler non pas *du* reste à charge (RAC), mais *des* restes à charge (RAC), car ils sont très divers d'un patient à un autre et d'un poste de soin à un autre. En outre si l'on s'en tient à observer le taux de remboursement moyen des soins, on constate qu'il est relativement stable depuis les années 1980. Mais à y regarder de plus près, la réalité est différente : une ligne de partage s'opère nettement, à la fin du XXe siècle, entre les soins courants et les soins lourds (Tabuteau, 2010).

Si les seconds continuent d'être bien remboursés, les premiers connaissent des niveaux de prise en charge en nette baisse. C'est en effet concernant les soins courants ou usuels que les mesures visant à augmenter la participation financière des patients ont été les plus nombreuses. « *L'hybridation des Assurances maladie obligatoire et complémentaire conduit ainsi progressivement et silencieusement à la rétractation du service public sur les pathologies les plus graves au gré des augmentations du ticket modérateur, de la création de forfait et du développement des dépassements d'honoraires* » (Tabuteau, 2012).

Nous faisons ainsi l'hypothèse que le contexte politique sectoriel relatif à l'Assurance maladie en 2004, et le contenu de la réforme Douste-Blazy, attisent l'attention portée au non-recours à la complémentaire gratuite et aidée. La mise en place de la CMU-C a apporté un début de réponse au problème de la couverture maladie des populations démunies et atténué pendant quelques années les discussions en la matière. Mais elles n'ont pas pour autant disparu. En 2004, la réforme de la gestion du risque maladie, qui instaure plusieurs mesures relatives à la participation financière des patients dans les dépenses de santé, ravive ces discussions et ouvre une fenêtre d'opportunité politique pour introduire la question du non-recours à la complémentaire.

Dans ce chapitre, nous allons travailler la question de la participation financière des patients et l'augmentation progressive des restes à charge (RAC). Nous reviendrons, dans une première section, sur la stratégie visant à agir sur la demande de soins et sur les dispositions relatives à la participation financière adoptées depuis les années 1970. Nous ferons aussi un point sur les dépassements d'honoraires qui participent à aggraver les difficultés financières d'accès aux soins en France. Puis, la seconde section nous permettra de revenir spécifiquement sur la réforme Douste-Blazy qui renforce et diversifie les mécanismes de régulation par la demande. D'une part donc, elle prolonge des mouvements opérés par le passé, telle que l'augmentation des tickets modérateurs ou du forfait hospitalier, d'autre part elle diversifie les mécanismes de responsabilisation avec la mise en place des franchises et de la participation forfaitaire des patients. En cela, elle transforme profondément les principes de l'Assurance maladie, au premier rang desquels celui de la solidarité entre bien portants et malades, le mécanisme des franchises touchant par exemple essentiellement les malades. Elle rend, parallèlement, encore plus nécessaire le bénéfice d'une complémentaire santé et contribue, de ce fait, à faire du non-recours en la matière une préoccupation des acteurs du champ de la protection maladie.

SECTION 1.

DES DEPENSES MALADIE A MAITRISER : LES PREMIERES MESURES D'ACCROISSEMENT DE LA PARTICIPATION FINANCIERE DES PATIENTS

Si la réforme Douste-Blazy de 2004 se construit en quelques mois, elle prend cependant racine dans les décennies précédentes, durant lesquelles un mouvement est engagé pour réguler les dépenses de santé qui ne cessent de croître. Mais de toutes les interventions des pouvoirs publics, cette réforme est celle qui pousse le plus loin la question de la responsabilisation des assurés par une hausse de leur participation dans le paiement des soins. Car c'est bien là l'un des fondements de la participation financière : responsabiliser les patients quant à leur usage du système de soins.

Au cours des décennies post seconde guerre mondiale, la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) augmente considérablement en France sous l'effet de plusieurs facteurs : solvabilisation de la demande, progrès médicaux, vieillissement démographique... Les économies développées connaissent ainsi une tendance particulière : les dépenses dans ce domaine des soins progressent plus vite que les autres postes de consommation. Parallèlement en France, le choix est fait d'universaliser progressivement l'accès à l'Assurance maladie de base et de renforcer le niveau de prise en charge. Il résulte de cela une augmentation continue de la part du Produit intérieur brut (PIB) consacrée aux dépenses de santé. Celle-ci passe de 3,8% en 1960 à 11,1% en 2006 (Dormont, 2009).

Cette croissance est, au départ, financée par une augmentation des cotisations sociales visant à accroître les recettes de l'Assurance maladie (Elbaum, 2007). Mais au fil des années la hausse des cotisations devient de plus en plus impopulaire et insuffisante. D'autant plus dans un contexte où le chômage se renforce, mettant à mal un système assurantiel appuyé sur des principes Bismarckiens (Palier, 2002). Dès les années 1970, les déficits se creusent et la croissance des dépenses de santé ne ralentit quasiment pas. Il s'agit alors d'envisager d'autres solutions que la hausse des cotisations pour atténuer le déséquilibre récurrent des Caisses d'Assurance maladie. La thématique de la maîtrise des dépenses de santé voit ainsi le jour.

Parallèlement et malgré l'impopularité de telles mesures, des dé plafonnements et accroissements de cotisations perdurent. Les recettes de l'Assurance maladie se diversifient

également : des taxes - sur le tabac, les alcools ou l'industrie pharmaceutique- sont introduites pour financer le risque (Join-Lambert, 1997 ; Palier, 2002). En 1990, un pas important est fait vers une fiscalisation accrue du financement de la Sécurité sociale, et en particulier du risque maladie, avec la création de la Contribution sociale généralisée (CSG). En lien avec la transformation de la nature des financements, la législation évolue, au cours des années 1990, pour donner davantage de pouvoirs aux acteurs étatiques dans le pilotage des finances sociales.

Ainsi à partir de 1996, suite au Plan Juppé, le Parlement vote chaque année la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et détermine *a priori* un pourcentage de progression des dépenses de santé pour l'année à venir : l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) indique ainsi l'évolution maximale autorisée. De cela découle l'introduction, au sein de l'Assurance maladie, d'outils du Nouveau Management public (NPM), en particulier le mécanisme de contractualisation⁶². La CNAMTS conventionne avec la DSS du ministère de la Santé afin de définir les objectifs prioritaires, les moyens mis en œuvre pour contraindre l'action des différents acteurs du système de santé et les résultats à atteindre. Les Conventions d'objectif et de gestion (COG), et leur déclinaison locale, les Contrats pluriannuels de gestion (CPG), apparaissent à ce moment là.

En ce sens, les organismes de l'Assurance maladie, comme des autres branches de la Sécurité sociale, deviennent, de plus en plus, redevables de leurs résultats par rapport aux seuls pouvoirs publics et, de moins en moins donc, par rapport aux « intéressés » du système de protection, les partenaires sociaux originellement principaux gestionnaires des organismes (Moachon et Bonvin, 2012). En 1997, « *la valeur constitutionnelle du principe d'équilibre financier de la Sécurité sociale est consacré pour la première fois par le Conseil constitutionnel dans sa décision (...) relative à la LFSS pour 1998 (...). En conséquence, parce qu'il doit concilier le principe d'accès aux soins et le principe d'équilibre financier de l'Assurance maladie, le législateur peut être fondé à réduire le champ de couverture pour garantir son équilibre financier, même si cela doit se traduire par une augmentation du reste à charge supporté par les patients* » (Pellet, 2012).

⁶² La mise en place de la contractualisation ne concerne pas uniquement la branche Maladie, mais toutes les branches de la Sécurité sociale.

Avant de nous concentrer sur la réforme de 2004, il nous semble essentiel de décrypter finement les mesures prises à partir des années 1970 et visant à maîtriser l'augmentation des dépenses de santé par la demande de soins. Car ce sont bien de telles mesures qui ont mené à une augmentation progressive, en France, de la participation financière des patients et conduit à la démultiplication des inégalités d'accès aux soins. Nous verrons que ces mesures ont induit des divergences profondes de prise en charge en fonction des champs de la dépense de soins. Divergences que ne font pas apparaître les comptes nationaux de la santé à travers le taux de remboursement apparent, angle de vue privilégié pour observer les niveaux de dépenses, laissant ainsi croire à une relative stabilité du niveau de prise en charge des soins (Tabuteau, 2010).

1.1 - Deux leviers principaux pour maîtriser les dépenses de santé

Quelles sont donc les options qui s'ouvrent aux pouvoirs publics pour limiter les dépenses ? En matière de santé, celles-ci dépendent de multiples ordonnateurs : des millions de malades potentiels mais également des médecins détenant une liberté de prescription⁶³... Les ajustements ont des effets limités s'ils ne touchent qu'une catégorie d'ordonnateurs. Pourtant, il n'est pas rare que les pouvoirs publics par l'intermédiaire des plans de redressement⁶⁴ choisissent d'agir prioritairement sur la demande ou l'offre de soins. Alors que les premiers plans naissent dans les années 1970, la mise en œuvre simultanée des deux options n'intervient que plus tardivement.

1.11 - Agir sur la demande de soins

La première stratégie vise à agir sur la demande de soins, en clair sur les comportements des demandeurs : les patients. Dès la mise en place de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), la crainte d'une consommation trop importante de biens et de soins médicaux amène à laisser une partie des frais à la charge des patients. La mise en place d'incitations financières constitue une réponse à l'« aléa moral » (Geoffard, 2000), c'est-à-dire au fait que la couverture complète du risque maladie peut inciter les assurés à des dépenses de soins trop élevées. Ainsi et afin de prévenir les comportements « insoucians » ou « irresponsables », le

⁶³ Cela fait partie des libertés inscrites dans la Charte des médecins de ville en 1927.

⁶⁴ Parmi les principaux plans de redressement, on peut citer les plans Barrot de 1979, Bérégovoy de 1982-1983, Seguin de 1986 ou Evin de 1989.

reste à charge (RAC) est institué : un ticket modérateur de 20% est inscrit dans l'ordonnance du 19 octobre 1945. L'article 18 de l'ordonnance du 4 octobre de cette même année⁶⁵ prévoit quant à lui que « *des institutions de prévoyance ou des mutuelles établies dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises peuvent accorder des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la Sécurité sociale* » soit une protection complémentaire à celle de l'Assurance maladie obligatoire pour prendre en charge le ticket modérateur.

L'action sur la demande consiste donc principalement à limiter les remboursements des assurés et à accroître leur participation financière dans le coût des soins. Cette voie prend, en réalité, la forme d'un report des dépenses de santé sur les ménages et les assurances complémentaires, amenant un système de « vases communicants » entre AMO et AMC (Tabuteau, 2010). En effet, la prise en charge de certains frais par les complémentaires peut aller à l'encontre de la volonté de responsabilisation et aboutir *in fine* à un simple transfert n'ayant pas les effets escomptés en termes de rationalisation des comportements (Cornilleau et Debrand, 2011).

On peut noter que les toutes premières mesures relatives à la hausse de la participation financière prennent forme dès la fin des années 1950, elles ne concernent toutefois à cette période que quelques postes de soins. Elles se renforcent au cours de la décennie 1970 (Geoffard, 2000). Initialement, l'option choisie est celle de la hausse du ticket modérateur pour les soins de ville. Puis dans le domaine des soins hospitaliers, un RAC est mis en place en 1983 : le forfait hospitalier, qui va lui aussi voir son montant accru au fil des années suivantes. D'autres mécanismes existent pour limiter les remboursements : participations forfaitaires et autres franchises. En France, ils ont été mobilisés plus tardivement, comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre.

1.12 - Agir sur l'offre de soins

A côté de l'action sur la demande, il est possible d'intervenir sur l'offre de soins. Les plans de redressement de l'Assurance maladie actionnent ce levier, avec plus ou moins de réussite cependant. La rationalisation de l'offre de soins que ce soit dans le domaine hospitalier ou des soins de ville constitue pourtant un objectif majeur des pouvoirs publics, la socialisation des

⁶⁵ Ordonnance n° 45-2250 portant organisation de la Sécurité sociale.

dépenses de santé nécessitant inévitablement un encadrement des comportements individuels des professionnels médicaux. Le conventionnement des actes entre les CPAM et la médecine de ville apparaît dès les années 1960, tout comme le contrôle du prix des produits de santé. Cependant, même si les prix sont fixés à des niveaux bas et augmentent peu, la compensation par les volumes, rendue possible par le paiement à l'acte des professionnels de santé de ville, empêche ce type de mesures d'amener un infléchissement marqué des dépenses de santé. Dans les années 1980 et 1990, les acteurs étatiques et les Caisses d'assurance maladie vont plus loin et tentent de négocier des enveloppes annualisées de dépenses avec les professionnels de la médecine ambulatoire. En parallèle, ils utilisent la contrainte (encadrement direct de l'offre de soins à l'image du *Numerus clausus*) et l'incitation (Référentiel médical opposable ou RMO, logiciels d'aide à la prescription). Mais ils peinent à organiser au mieux l'usage des compétences de chaque professionnel pour rationaliser les dépenses de santé. Ce qu'il convient d'appeler la « maîtrise médicalisée » de l'offre induit, en effet, de fortes oppositions des professionnels de santé et de vives tensions avec l'Assurance maladie et l'Etat (HCSP, 1998a ; Palier, 2002). Des pistes visant à réformer l'offre ambulatoire de manière plus profonde sont, d'ailleurs, depuis longtemps discutées, mais suscitent là encore l'opposition des corporatismes de toutes origines. Elles toucheraient principalement à la rémunération des professionnels de santé, aux modalités d'exercice de la médecine et au décloisonnement de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière (Cornilleau et Debrand, 2011).

Dans le domaine hospitalier, des mesures phares sont prises dès les années 1980 pour réguler les dépenses et contrôler l'activité : on peut citer l'encadrement des budgets, la planification de l'offre hospitalière et le suivi de l'activité des établissements. La mise en œuvre du budget global à l'hôpital et du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), visant à mieux connaître l'activité hospitalière, permettent un contrôle relativement efficace de la dépense, au prix cependant d'une certaine inefficience dans la répartition des ressources entre hôpitaux. Si en matière de soins hospitaliers, des avancées sont ainsi faites à la fin du XXe siècle, la situation demeure plus délicate s'agissant des soins ambulatoires et l'encadrement des pratiques des médecins libéraux. Le résultat est « *que les mécanismes de responsabilisation ont largement « focalisé » sur les patients, en négligeant peu à peu la prise en compte de l'aléa moral du côté de l'offre* » (Elbaum, 2010).

Nous ne nous attardons pas davantage sur les mesures relatives au contrôle des dépenses par des actions sur l'offre de soins, car ce sont bien celles concernant la demande qui nous intéressent ici plus directement. Du fait de leurs conséquences sur les Restes à charge (RAC) et par la même sur les inégalités financières d'accès aux soins. Par ailleurs, nous aurons l'occasion de revenir sur le conventionnement et l'encadrement des prix des médicaments au prisme de leur impact sur la participation financière des patients.

1.2 - L'augmentation de la participation financière des patients entre 1970 et 2003

Initialement relative à l'augmentation du ticket modérateur pour les soins de ville et à sa démultiplication, la hausse des Restes à charge (RAC) emprunte ensuite d'autres chemins. Au début des années 1980, un forfait journalier est créé concernant les soins hospitaliers. Son niveau augmente régulièrement, au rythme des plans de redressement successifs de l'Assurance maladie. Des vagues de remboursements de médicaments ont parallèlement vu le jour ; bien que les remboursements en la matière relèvent initialement d'une logique visant à agir sur l'offre de soins proposée et sur sa qualité, ils ont un impact direct sur les patients en faisant globalement augmenter les frais qui restent à leur charge.

1.21 – Du « ticket » « aux » tickets modérateurs

Nous l'avons dit : dès l'ordonnance du 19 octobre 1945, un ticket modérateur (TM) de 20% est instauré. En sont exonérés les malades atteints d'une Affection de longue durée (ALD) nécessitant un traitement régulier, et notamment l'hospitalisation, ou lorsque leur état nécessite le recours à des traitements ou à des thérapies particulièrement onéreuses. A cette époque, les affections « exonérantes » sont au nombre de 2. La loi du 2 août 1949 exonère également du TM, les bénéficiaires d'une rente d'accident du travail (IRDES, 2011). L'année 1950 marque les prémices de la différenciation du taux de remboursement en fonction des soins pratiqués. Ainsi à partir de cette date, les soins infirmiers ne sont remboursés qu'à 75% par l'Assurance maladie ; le ticket modérateur est donc de 25%, niveau légèrement supérieur au TM « traditionnel ».

L'ordonnance du 21 août 1967 est la première à accroître de manière globale la participation des patients, dans un contexte où les premiers déficits de l'Assurance maladie se font

ressentir. Cette année marque, et il est intéressant de le rappeler, l'institutionnalisation de la séparation des branches de la Sécurité sociale et l'organisation d'une gestion autonome pour chacune d'elles. Le ticket modérateur atteint 30% et l'ordonnance confirme que la participation de l'assuré peut varier selon la catégorie de soins. Elle précise, en outre, les cas dans lesquels la participation de l'assuré peut-être limitée ou supprimée : hospitalisation, fourniture de certains appareils, affections prolongées et coûteuses inscrites sur une liste, autres affections non inscrites sur la liste, titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité... Les exonérations du TM sont donc à la fois médicales et sociales. Entre 1967 et 1975, le nombre de pathologies exonérantes passe de 2 à 25. La stratégie est claire : le ticket modérateur se conjugue désormais au pluriel, la baisse des remboursements concerne les soins courants, tandis que les pathologies lourdes sont de plus en plus nombreuses à donner lieu à une exonération (IRDES, 2011).

Les décrets du 4 février et du 10 juin 1977 confortent cette stratégie de redressement des comptes et modifient en profondeur les taux de participation financière des patients ; ils prennent désormais en charge les soins à hauteur de 35% pour les frais relatifs aux auxiliaires médicaux⁶⁶ et à hauteur de 30% pour tous les autres frais. En 1985, de nouvelles modifications interviennent et la participation des patients augmente encore : le ticket modérateur atteint 35% pour les soins infirmiers et la biologie.

En 1993 alors que le déficit se creuse dans un contexte de crise (Cornilleau et Debrand, 2011), deux décrets augmentent à nouveau les taux de participation des assurés au financement des soins : la participation atteint ainsi 30% au lieu de 25% pour les honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ; 40% au lieu de 35% pour les honoraires des auxiliaires médicaux et les analyses biologiques. Ces décrets marquent un coup d'arrêt temporaire à la politique de maîtrise des dépenses de santé par des mécanismes agissant sur la demande de soins. Les pouvoirs publics concentrent, en effet et nous l'avons souligné, leurs efforts dans les années 1990 sur la rationalisation de l'offre de soins.

Le retour sur les « moments » importants de la politique de maîtrise des dépenses de santé par la demande de soins nous permet de montrer qu'en cinquante ans, l'uniformité initiale de la participation financière a volé en éclat et que son niveau s'est nettement élevé. Alors qu'au

⁶⁶ Exceptés les soins infirmiers.

moment de la création de l'Assurance maladie en 1945, on compte un taux unique de participation des patients aux frais de santé, à la fin des années 1990 on distingue cinq niveaux de RAC, uniquement pour les soins de ville (Tabuteau, 2010). Le ticket modérateur est le symbole du passé et laisse place à une pluralité de tickets modérateurs, rendant le système complexe et peu lisible pour les usagers, mais aussi pour les professionnels de santé. Ce mouvement induit une participation financière parfois importante et qui, en l'absence de complémentaire santé, s'avère difficile à prendre en charge par les patients. D'autant plus qu'au ticket modérateur pour les soins de ville est venu s'ajouter, au début des années 1980, un RAC qui concerne les soins hospitaliers. Voyons de quoi il retourne.

1.22 - La participation des assurés aux frais hospitaliers

Les évolutions relatives à la participation financière des patients touchent aussi le domaine hospitalier puisque la loi du 9 janvier 1983 instaure l'équivalent du ticket modérateur pour faire participer les malades aux frais hôteliers des hôpitaux. Cette participation prend « *la forme d'un montant journalier forfaitaire lors d'une admission dans les établissements d'hospitalisation publics, privés et médico-sociaux, sauf dans les centres ou unités de soins de long séjour publics ou privés et les établissements pour personnes âgées. Chaque patient hospitalisé doit donc payé ce forfait, sauf s'il appartient à groupe exonéré* » (IRDES, 2010).

Le forfait journalier voit le jour pour renforcer la politique de maîtrise des dépenses de santé par la demande. Comme son homologue en matière de soins de ville, il peut être pris en charge par une complémentaire santé. Son tarif originel est de 20 francs puis il augmente régulièrement et rapidement (IRDES, 2010). Ainsi en 1986, son montant s'élève à 25 francs puis 33 en 1990, 55 francs en 1993 et 70 en 1995. Tout comme le ticket modérateur, il se stabilise pendant quelques années et est fixé à 13 euros -environ 85 francs- en 2003. En à peine vingt ans, le forfait hospitalier a par conséquent été multiplié par quatre et son fonctionnement s'est complexifié ; une modulation a été instaurée dont les conditions sont fixées par décret en Conseil d'Etat et en fonction de plusieurs critères : catégorie de l'établissement, nature du service et/ou durée du séjour.

Les années 1980 voient les pouvoirs publics actionner plusieurs leviers afin d'agir sur les comportements des demandeurs de soins. A côté de l'élévation des tickets modérateurs, la

création du forfait hospitalier marque un pas décisif qui transfère la logique de la participation financière aux soins hospitaliers, avec toutefois en parallèle le renforcement de mécanismes d'exonérations pour raisons médicales et la multiplication du nombre de pathologies permettant d'en bénéficier. S'engage également, à cette période, une politique de déremboursements concernant les médicaments. La question de la fixation de leurs prix et de leur taux de remboursement est centrale, dans la mesure où les Français sont parmi les premiers consommateurs de médicaments en Europe, comme le montrent les travaux comparatifs de Mireille Elbaum (Elbaum, 2007), titulaire de la chaire Politiques et économie de la protection sociale du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) et présidente, depuis mai 2013, du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFPS) créé sous la présidence Hollande.

1.23 – Les vagues de déremboursement des médicaments

Le droit de la Sécurité sociale distingue, depuis 1977, plusieurs catégories de produits au regard des remboursements par l'Assurance maladie. A l'origine, la participation de l'assuré est de 30% et les produits reconnus « *comme irremplaçables* » sont exonérés du ticket modérateur. Les médicaments sont ainsi pris en charge par l'Assurance maladie à 70%. A partir de 1977, la « *vignette bleue* » est instaurée pour les médicaments « *principalement destinés au traitement des troubles ou des affections sans caractère habituel de gravité* » (IRDES, 2011). Ces produits ne sont désormais pris en charge par l'Assurance maladie qu'à 40%. Par conséquent, deux taux de participation des patients co-existent : 30% et 60%. De plus, les médicaments relevant directement du traitement des ALD restent remboursés à 100%. L'appartenance à l'une ou l'autre des catégories admises au remboursement est bien entendu source d'enjeux. Elle est essentielle à la fois pour l'Assurance maladie, pour les industriels producteurs mais aussi pour les patients (Elbaum, 2007).

En 1986, le plan Séguin de rationalisation des dépenses de l'Assurance maladie accroît la participation concernant les médicaments courants à tous les malades, qu'ils soient exonérés ou non du ticket modérateur par ailleurs. Ce point fait débat dans les années suivantes et de nombreux allers-retours ont lieu en ce qui concerne la prise en charge des médicaments courants pour les bénéficiaires affiliés à l'Assurance maladie au titre d'une ALD. Le plan Séguin revoit d'ailleurs la liste des maladies longue durée qui atteint désormais le nombre de

30 et instaure l'ordonnancier « bi-zone ». Il est destiné à séparer pour les personnes en ALD les prescriptions remboursées à 100%, des autres prescriptions sans rapport avec l'affection et qui sont, quant à elles, remboursées au tarif habituel.

En 1993, le taux du ticket modérateur des médicaments augmente à nouveau. De 60% il passe à 65% pour les produits en « vignette bleue ». Concernant ces produits, les assurés ne sont donc plus remboursés qu'à 35%. La prise en charge des autres médicaments se fait à hauteur de 65% contre 70% auparavant. A cette période, le débat relatif à l'évaluation du service rendu par les médicaments s'engage, alors que l'on constate que le nombre de médicaments disponibles en France est largement supérieur à celui de la plupart des autres pays européens.

Quelques années plus tard, Martine Aubry et Bernard Kouchner annoncent une réévaluation de l'ensemble des médicaments pris en charge par l'Assurance maladie. Les règles de remboursement des médicaments doivent être affinées en fonction de ce que l'on qualifie de « Service médical rendu » (SMR), notion qui a été précisément définie en 1999 lorsque les conditions d'admission au remboursement des médicaments ont été modifiées dans le Code de la santé publique. En voici la définition : le Service médical rendu (SMR) tient compte *« de l'efficacité et des effets indésirables du médicament, de sa place dans la stratégie thérapeutique notamment au regard des autres thérapies disponibles, de la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, du caractère préventif, symptomatique du traitement médicament et de son intérêt pour la santé publique »* (Tabuteau, 2006). La catégorisation grâce au SMR vise, en premier lieu, le tri des multiples produits remboursés par l'Assurance maladie, l'actualisation des molécules à prendre en charge et la qualité des soins apportés aux malades. Elle a cependant des conséquences sur la participation financière globale des patients puisque, suite à la vague d'évaluation des produits menée entre 1998 et 2000, des mesures progressives de déremboursements - partiels ou totaux - ou/ et de baisses de prix ont été prises.

La question du bon usage des médicaments tient une place particulièrement importante dans les plans de maîtrise des dépenses de santé. Rappelons que chaque année, environ 20% de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) concerne les médicaments (Tabuteau, 2006). Dans cette perspective, l'objectif des pouvoirs publics est d'amener un usage « rationnel » et « responsable » des produits de santé par les patients, par des mesures de déremboursements. Si l'augmentation du ticket modérateur concernant les postes de soins et

du forfait hospitalier s'arrête entre 1993 et 2004, ce n'est pas le cas concernant les médicaments qui font ainsi l'objet d'une attention particulière et permanente des pouvoirs publics.

A l'instar de cela, en 2003, Jean-François Mattéi, alors ministre de la Santé du gouvernement de Jacques Chirac, annonce une nouvelle vague de déremboursement de médicaments. D'autres doivent suivre. Les pouvoirs publics attendent de ce plan étalé sur trois ans une économie de 40 millions d'euros. A partir de l'été 2003, 84 médicaments ne sont plus pris en charge par l'Assurance maladie, en raison de leur faible efficacité ou de leur obsolescence (Tabuteau, 2006). D'autres voient leur taux de prise en charge abaissé à 15%. Jean François Mattéi déclare vouloir « *faire le tri dans l'armoire à pharmacie [parce qu]'il y a des médicaments qui ne servent vraiment à rien* ». Il explique aussi que cette « *remise en ordre est un préalable à la réforme de la Sécurité sociale* » prévue pour 2004. Selon lui, l'objectif est bien de « *faire la chasse aux gaspillages, aux excès, aux abus : nous devons mettre les pratiques dans le droit chemin car il est vrai qu'en termes de prescriptions et de consommation, la France ne donne pas l'exemple* »⁶⁷.

Progressivement, le RAC des malades français est devenu plus important et s'est diversifié. Les déremboursements et autres hausses ont concerné les soins, les actes et les médicaments, dans une logique surplombante de responsabilisation des patients. La participation s'est tout particulièrement accrue pour les soins dits courants (Tabuteau, 2010). La stabilité du taux moyen de remboursement n'est qu'une façade qui s'effrite à partir du moment où l'on entre dans le détail des plans de redressement de la branche Maladie de la Sécurité sociale. Des lignes de partage s'opèrent : entre postes de soins, entre soins médicaux et paramédicaux, au sein des biens de santé. Parallèlement à ces mesures touchant directement aux RAC des patients, un autre point mérite d'être abordé : celui des dépassements d'honoraires, problématique majeure lorsque l'on évoque les inégalités financières d'accès aux soins et qui prend sa source dans les années 1980 avec la mise en place de l'opposabilité des tarifs pratiqués par les médecins.

⁶⁷ Extraits d'un article du Nouvel Observateur : <http://tempsreel.nouvelobs.com/politique/20030717.OBS3677/deremboursement-matteidevoile-sa-liste.html>

1.3 - Des dépassements d'honoraires qui s'ajoutent aux Restes à charge (RAC)

L'opposabilité des tarifs des actes médicaux et des prix des produits de santé constitue la clef de voûte d'un système de socialisation des dépenses de santé (Tabuteau, 2004). En effet, comment faire prendre en charge ces dépenses par la collectivité si aucune règle n'existe pour encadrer les tarifs ? Depuis 1928, suite à la rédaction de la charte instaurant la liberté tarifaire pour les médecins, les pouvoirs publics tentent d'encadrer les honoraires médicaux. Après plusieurs échecs et la non application sur ce point des ordonnances de 1945, c'est en 1971 qu'un accord est trouvé entre l'Assurance maladie et les professionnels instaurant une opposabilité « *de principe et de fait* » des tarifs médicaux (Tabuteau, 2004). Un droit permanent à dépassement est cependant maintenu pour certaines catégories de praticiens exerçant en secteur 1.

En 1980, un virage est pris par les pouvoirs publics : un nouveau secteur d'exercice est mis en place. Le secteur 2 qui, après quelques années d'existence, concerne déjà près d'un tiers des médecins. Ce secteur dit « à honoraires libres » permet les dépassements ; ceux-ci se sont généralisés et n'ont cessé de progresser depuis lors. En quinze années, soit entre 1990 et 2005 environ, leur montant en valeur réelle a plus que doublé (Tabuteau, 2010). Plus précisément en ce qui concerne les dépassements des praticiens du secteur 2 et du secteur 1 à « droit à dépassement permanent », ils ont augmenté de 68%, entre 1990 et le début des années 2000, et leur part dans la rémunération des médecins a également crû de 3 point passant de 8 à 11%. Les taux de dépassement des généralistes sont restés stables, tandis que ceux pratiqués par les spécialistes sont passés en moyenne de 25 à 50%. Ces moyennes s'élèvent cependant pour plusieurs spécialités : elles vont jusqu'à 54% pour les chirurgiens, 60% pour les ophtalmologues et 70% pour les gynécologues.

Progressivement et selon les spécialités, les variations entre les revenus d'activité des médecins libéraux ont ainsi évolué du simple au double. Si ces écarts s'expliquent par des différences dans les tarifs de base et les quantités des actes pratiqués, ils tiennent aussi au poids des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités. En outre, de forts contrastes territoriaux existent selon les départements. L'Ile de France et la région Rhône-Alpes concentrent, progressivement, plus de la moitié des dépassements d'honoraires. Ainsi, au sein de certains territoires et pour certaines spécialités, la liberté tarifaire est au fil des années

devenue quasiment la règle, interrogeant par la même les principes du système de prise en charge, sa régulation et l'accès aux soins de tous (HCAAM, 2005a).

Les populations démunies sont, dès les années 1980, les premières victimes d'un système où les RAC se sont accrus et où les dépassements d'honoraires sont devenus une pratique de plus en plus courante. Ces derniers constituent parfois même une charge plus lourde pour les patients que les tickets modérateurs ou le forfait hospitalier, en général pris en charge par les contrats complémentaires ou par l'Aide médicale départementale (AMD), mise en place en 1983 par les lois de décentralisation. Nous l'avons évoqué dans l'introduction de cette thèse. L'obstacle financier que représentent les dépassements d'honoraires et qui entrave particulièrement l'accès aux soins spécialisés n'est quant à lui, généralement, compensé ni par les complémentaires, ni par les enveloppes d'Action sanitaire et sociale (ASS) des CPAM, excepté dans de très rares cas. Concernant les complémentaires, la prise en charge par les contrats est, en réalité, très variable. Encore faut-il en avoir une. En effet, si le poids des dépassements s'est globalement accru au fil des dernières décennies du XXe siècle, il est venu peser de manière très inégalitaire sur la population française. Les premières personnes exposées sont bien celles qui ne sont pas couvertes par une complémentaire et celles protégées par un contrat individuel proposant de faibles garanties. Lorsqu'il existe, le remboursement des dépassements est le fait de contrats collectifs de bons niveaux proposés par des employeurs ou de contrats individuels offrant des garanties élevées, et qui sont donc les plus onéreux (Couffinhal et Perronnin, 2004).

1.4 – Des patients pleinement exposés à la participation financière en cas d'absence de complémentaire

Comme l'illustrent les développements précédents, les pouvoirs publics ont eu recours, à travers une politique de régulation des dépenses de santé par la demande de soins, à de nombreux ajustements au fil de l'eau. Ceux-ci ont induit une diminution progressive des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), principalement concernant les soins courants et les médicaments, avec un report sur les complémentaires. Ainsi en 2002, le ticket modérateur annuel moyen par patient s'élève à 218€ et le dépassement moyen à 137€ pour une dépense totale de 1 813€. Le RAC moyen, y compris les dépassements d'honoraires, par patient, avant intervention de la protection complémentaire, atteint ainsi 19,6%

(Couffinhal et Perronnin, 2004). Rapporté au revenu des ménages, ce RAC est inférieur à 3% en moyenne. Il est cependant supérieur à 10% pour 4% des ménages les plus pauvres. Ainsi en l'absence de protection venant compléter les remboursements de l'Assurance maladie de base, le coût des dépenses de santé pèse plus fortement sur les personnes ayant de bas revenus.

Comme nous l'avons préalablement expliqué, la CMU-C a été créée pour répondre, précisément, à la problématique des « *assurés démunis sans complémentaire* » (HCSP, 1998a), problématique en quelque sorte consubstantielle des politiques de régulation par la demande de soins et de l'augmentation de la participation financière des patients. En effet, la conséquence de ces mesures a moins été de réussir à contenir les dépenses de santé, que d'entraîner une augmentation des inégalités d'accès aux soins liées à des considérations financières et de rendre indispensable le bénéfice d'une complémentaire. Dès les années 1980, les associations ont noté la multiplication des renoncements en matière de santé, les personnes expliquant ne pouvoir assumer les sommes restant à payer. Malgré la création en 1983, des Plans départementaux d'accès aux soins et de l'Aide médicale départementale (AMD), les inégalités ont persisté, l'accès à l'AMD étant très complexe et relevant de multiples acteurs sur un même territoire.

Plusieurs circulaires ont, parallèlement, vu le jour dans les années 1980 pour positionner plus clairement le rôle des CPAM en direction des populations rencontrant des difficultés d'accès aux soins et tenter de donner des orientations générales à leurs politiques locales d'Action sanitaire et sociale (ASS). La nécessité de leur participation dans les Plans départementaux d'accès aux soins a, en outre, été rappelée à plusieurs reprises au cours de cette période. Pour autant, cette participation est restée tout à fait disparate selon les CPAM, tout comme leur investissement dans le dispositif de l'AMD, en fonction notamment des orientations d'action privilégiées par les directions des caisses. Si la plupart a obtenu une délégation complète de l'instruction et de la gestion de l'AMD, d'autres se sont moins investies dans le dispositif (Ruault, 2000).

Dans ce contexte, la création de la CMU a eu vocation à uniformiser la protection en matière de santé des populations démunies sur l'ensemble du territoire, en « re-centralisant » la compétence d'aide médicale. Le fait que la gestion de la CMU-C soit confiée aux CPAM -en préservant une possibilité pour les OC de gérer les contrats CMU-C lorsque les bénéficiaires

le souhaitent- tend à limiter les disparités territoriales de gestion qui se sont déployées avec l'AMD et à mettre en exergue un interlocuteur unique pour les populations rencontrant des difficultés d'accès aux soins. Avec la CMU-C, il s'agit bien également, dans un contexte d'accumulation des mesures venant accroître la participation financière, de limiter les dépenses à la charge des populations démunies. La prestation a vocation à leur éviter de faire l'avance de frais auprès des professionnels de santé et à les protéger contre la pratique des dépassements d'honoraires. Les offreurs de soins ont, en effet, l'obligation de respecter les tarifs reconnus dans le cadre du panier de soins CMU-C. La prestation permet ainsi la prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables par l'Assurance maladie, à hauteur de 100% des tarifs maximum fixés par l'institution. Pour certains soins, principalement en matière dentaire ou optique, la CMU-C donne droit à des forfaits. Une partie de leur coût peut ainsi rester à la charge du bénéficiaire et être difficile à assumer.

En France, la situation avant la réforme de l'Assurance maladie de 2004 est donc celle-ci : l'accroissement de la participation financière aux soins est difficilement supportable pour les ménages qui ont des revenus modestes ou faibles et qui ne bénéficient pas d'une protection complémentaire. Les taux de renoncements aux soins de ces personnes sont d'ailleurs importants et supérieurs à ceux des autres populations, les présomptions rassemblées par le Fonds CMU dans le cadre de l'analyse de la loi le montre. Dans ce contexte, le non-recours à la CMU-C, dispositif censé améliorer l'accès de tous à une complémentaire, est problématique. En effet, des personnes qui pourraient être couvertes par le dispositif, et qui donc ont de faibles ressources, subissent de plein fouet les effets des politiques de régulation par la demande et se retrouvent fréquemment en situation de non-recours aux soins, avec des conséquences sur leur état de santé (HCSP, 1998a ; Dourgnon, Grignon et Jusot, 2001).

En 2004, l'imminence d'une réforme de l'Assurance maladie, dont le contenu peut potentiellement venir aggraver le problème des inégalités financières d'accès aux soins, amène les regards des acteurs de la protection maladie à converger sur le non-recours à la complémentaire. Cette conjoncture participe de la décision de produire une connaissance consolidée sur le phénomène. Lors de la conférence organisée par Médecins du monde (MDM) en avril 2004, Dominique Polton, responsable de la Direction études et statistiques de la CNAMTS, souligne qu'il « *est notable que le système de soins français a permis le développement, dans une large mesure, de l'accès à la médecine générale et spécialisée pour les populations pauvres, mais que des difficultés persistent. Au vu des difficultés chroniques*

auxquelles sont confrontées les populations en situation de précarité, il convient de souligner ce qui constitue encore le principal facteur d'exclusion : l'affiliation ou l'absence d'affiliation à un régime d'assurance complémentaire ».

SECTION 2.

LA REFORME DOUSTE-BLAZY OU L'AMPLIFICATION DES MECANISMES DE PARTICIPATION FINANCIERE POUR GERER LE RISQUE MALADIE

En 2003, Jean François Chadelat pilote, nous l'avons dit, une commission sur la répartition des rôles entre Assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de mettre à plat les évolutions possibles. Si le ministère de la Santé a demandé la réalisation d'un tel rapport, c'est bien dans la perspective d'une réforme de l'Assurance maladie. Réforme qui envisage de nouveaux reports de charge vers les complémentaires et pose, par la même, la question de la protection maladie des populations précaires. La CMU-C n'a pas résolu l'ensemble des difficultés auxquelles elles peuvent être confrontées, ni répondu au problème concernant ceux qui dépassent de quelques euros son plafond.

En 2004, l'imminence d'une réforme se confirme. Orchestrée par Philippe Douste-Blazy récemment nommé ministre de la Santé, elle inquiète les acteurs concernés par la prise en charge des soins pour les plus démunis, au premier rang desquelles les associations. L'inquiétude provient des mesures relatives à la participation financière des patients qui sont envisagées, mais aussi du fait que Philippe Douste-Blazy a été, en 1999, l'un des grands détracteurs de la CMU. A l'époque, il affirme qu'elle va « déresponsabiliser » les patients bénéficiaires du dispositif quant à leur usage du système de soins. Suite au vote de la loi, avec Pierre Méhaignerie, ancien garde des Sceaux et président de la Commission des finances à l'Assemblée nationale, P. Douste-Blazy publie une tribune dans le *Figaro* intitulée « Démagogie à court terme ». Les auteurs expliquent que le dispositif de la CMU-C installe les personnes concernées dans une situation d'assistance. Ils dénoncent également le coût de la réforme (*Figaro* cité par Tabuteau, 2006). Selon eux, tout le monde doit payer des cotisations afin de ne pas porter atteinte au principe contributif de la protection maladie (Tabuteau, 2006).

Les craintes concernant les conséquences de la réforme sur les populations démunies se confirment suite à la proclamation de la loi en août 2004. La réforme touche tout à la fois à la gouvernance, au financement et à l'organisation de l'Assurance maladie. Elle affirme le rôle de pilotage par les acteurs étatiques, en concentrant les pouvoirs entre les mains du directeur de la CNAMTS, nommé par le ministre de la Santé et désormais chargé de nommer les

directeurs des CPAM. Mais l'heure est surtout et résolument à la maîtrise des dépenses de santé par une action sur la demande de soins. La réforme place ainsi la responsabilisation des patients au cœur des ajustements (Cornilleau, 2009). Stratégie qui risque d'engendrer des difficultés financières d'accès aux soins accrues pour les personnes démunies et non couvertes par une complémentaire santé. Nous l'avons dit, la réforme Douste-Blazy est celle de la gestion du risque : il s'agit d'agir plus fortement sur les comportements des acteurs du système de santé et de les orienter dans une direction censée limiter la survenance du risque maladie et l'aggravation des pathologies. A travers ce référentiel, l'Assurance maladie a également vocation à proposer des réponses spécifiques à des catégories de publics ayant des besoins particuliers, que ce soient pour des raisons médicales, sociales ou/et administratives. *In fine*, l'objectif est de concentrer les ressources sur ceux qui en ont le plus besoin, de contraindre globalement l'augmentation des dépenses de santé et d'engager rapidement leur diminution.

Car comme l'écrit Didier Tabuteau, au cours de l'année 2004, dans un article intitulé « Les autres défis de l'Assurance maladie », « *nul ne peut (...) nier que l'urgence est financière, que les déficits doivent être comblés, les dépenses rationalisées. (...) L'Assurance maladie est devenue prisonnière de sa trésorerie, la situation financière de la branche est en effet critique : 11 milliards d'euros de déficit prévu en 2004 et les projections financières ne sont pas rassurantes. Elles annoncent un déficit annuel de 29 milliards d'euros en 2010 et 66 milliards en 2020 si l'organisation de l'offre de soins reste identique et dans l'hypothèse d'une croissance des dépenses supérieure de 1,5 points à l'évolution du PIB* » (Tabuteau, 2004).

Malgré les multiples mesures prises pour maîtriser les dépenses et suite à une période de stabilisation, le déficit de l'Assurance maladie se creuse à nouveau. A la différence en effet d'autres branches de la Sécurité sociale, l'adaptation des paramètres touchant à l'un ou l'autre des ordonnateurs, et même aux deux en même temps, ne modifie la donne des dépenses que pour quelques mois (Tabuteau, 2006). La politique de maîtrise des coûts est parallèlement prisonnière d'un paradoxe : celui de devoir rationaliser l'usage qui est fait du système de soins, tout en garantissant son accès.

2.1 - « Entre vieilles et nouvelles recettes »⁶⁸

Le référentiel sous-jacent de la réforme de 2004 est donc de parvenir à l'équilibre des dépenses maladie par une action structurelle visant à infléchir les comportements des assurés (Elbaum, 2009). Cette réforme poursuit la stratégie de régulation financière, engagée depuis plusieurs décennies, « *en revenant à une méthode bien connue qui consiste à centrer les efforts sur les patients afin qu'ils réduisent leur nombre de consultations et leur consommation de médicaments* » (Tabuteau, 2010). A travers l'injonction de responsabilisation, la figure de « *l'assuré social fait progressivement place à celle de l'usager acheteur, chargé de faire preuve de civisme face aux dépenses de santé* » (Bresson, 2008).

2.11 - La mobilisation des mécanismes habituels

Des mesures « traditionnelles » sont prises telle que l'augmentation du ticket modérateur et des dispositifs nouveaux sont mis en place. L'accumulation laisse présager un impact réel sur les frais de santé laissés à la charge des patients. Parallèlement, la réforme autorise le dépassement plafonné pour les médecins du secteur 1 recevant en consultation des patients hors parcours de soins. Cette décision renforce, et d'une certaine façon légitime la pratique des dépassements d'honoraires pourtant source d'inégalités de plus en plus marquées.

S'agissant du ticket modérateur, la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ne définit pas la hausse, mais en transforme les conditions d'établissement. La Haute autorité de santé (HAS) a désormais un rôle à jouer pour moduler le niveau des tickets concernant notamment les maladies potentiellement exonérantes⁶⁹. Les tickets peuvent être proportionnels ou forfaitaires. La loi donne une base juridique à toutes les adaptations par la HAS en fonction de la nature des soins, des conditions dans lesquelles ils sont dispensés ou des caractéristiques des populations assurées (IRDES, 2011).

La réforme de 2004 marque aussi d'une certaine façon « *l'institutionnalisation des Organismes de protection complémentaire* » (Tabuteau, 2010) en créant l'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM). Cette institution regroupe dans une même entité les institutions de prévoyance, la mutualité et les assurances privées et détient une compétence consultative sur les principales décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie

⁶⁸ Extrait de l'entretien avec Claude Bigot, directeur de l'EN3S, juin 2008.

⁶⁹ La loi du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité sociale pour 2006 confirme ce rôle.

(UNCAM), dirigée par le directeur de la CNAMTS. L'UNOCAM participe notamment aux discussions sur la régulation des tickets modérateurs. Les mécanismes de fixation des tickets et des bases de remboursement sont donc profondément modifiés par la réforme Douste-Blazy, ouvrant la porte à un système complexe et mouvant. Concernant le forfait hospitalier, des augmentations sur trois ans sont programmées ; dès le premier 1^{er} janvier 2004, il est de 13 euros puis 14⁷⁰ à partir du 1er janvier 2005, 15 euros en 2006. La dernière hausse est prévue pour 2007, date à laquelle le forfait doit atteindre 16 euros.

2.12 - Des mécanismes nouveaux : participations forfaitaires et franchises

Aux décisions prises concernant le ticket modérateur et le forfait hospitalier, s'ajoutent des mécanismes qui, jusque là, n'ont jamais été mobilisés par les pouvoirs publics en France. Ils marquent un tournant concernant la participation financière des assurés parce qu'ils en étendent la portée et qu'ils diversifient les voies empruntées par la logique de mise à contribution des demandeurs de soins.

A. La participation forfaitaire

Nouvelle forme d'incitation financière, la participation forfaitaire des patients se met en place : suite à la réforme, ceux-ci participent à hauteur de 1 euro pour chaque consultation médicale, examen ou analyse biologique. Cette participation s'applique de manière identique que le parcours de soins ait été respecté ou non. Elle est soustraite du remboursement de chaque acte, dans la limite de 4€ par jour et par professionnel et de 50€ par an et par personne. Autre fait marquant de la réforme : une participation forfaitaire pour les soins lourds est également instaurée. Elle atteint 18€ et est applicable pour tous les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.

Il est important de souligner que les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes arrivant au premier jour de leur sixième mois de grossesse et les bénéficiaires d'une pension d'invalidité en sont exclus. La participation forfaitaire enfonce le clou de la responsabilisation des patients quant à leur usage du système de soins, dans la mesure où elle ne peut être remboursée par les Complémentaires santé.

⁷⁰ 10 euros en établissement psychiatrique.

La réforme de l'Assurance maladie institue ainsi des RAC non remboursables par les OC, dans le cadre d'une forme nouvelle de contrats complémentaires : les « contrats responsables » pour lesquels les organismes disposent d'avantages fiscaux et sociaux. Sous peine de ne plus bénéficier de ces avantages, les OC ne doivent pas compenser la participation forfaitaire, ni les pénalités du parcours de soins -sur lesquelles nous allons revenir- afin que ces frais demeurent entièrement à la charge de l'assuré et qu'ils constituent un levier véritablement incitatif sur les comportements individuels de soins (Dourgnon, Guillaume, Naiditch et Ordonneau, 2007). Les Organismes complémentaires (OC) ne respectent cependant pas toujours ce principe et remboursent ces frais, principalement dans le cadre des contrats les plus onéreux, atténuant par la même les potentiels effets sur les comportements individuels de soins des mesures prises par l'Assurance maladie.

B. Les franchises médicales

La loi de 2004 instaure également le mécanisme des franchises médicales qui a pendant longtemps été rejeté en France, dans la mesure où il est perçu comme rompant l'un des principes originels de l'Assurance maladie, celui de la solidarité horizontale qui consiste à mutualiser les coûts des dépenses de santé entre les bien-portants et les malades. Bertrand Fragonard, Président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) le souligne :

« Ce que l'on privatise sous couvert de responsabilisation individuelle c'est le remboursement des soins. Les franchises touchent surtout les plus modestes. On ajoute une franchise de quelques euros, en disant c'est pas grand chose. Mais à force, on arrive à un reste à charge plutôt rondelot, ce qui revient à faire payer les malades pour les malades : une véritable rupture de la solidarité ».

Entretien avec Bertrand Fragonard, ancien directeur de la CNAF et de la CNAMTS, président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, avril 2009.

La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les produits, actes et prestations médicales. Un plafond annuel de 50 euros par année civile et par patient est prévu. Il peut être doublé d'un plafond quotidien, adapté selon le type de prestation. Ici et comme pour la participation forfaitaire d'ailleurs, « *la figure de l'individu mobilisée n'est plus l'assuré social, associée au risque de maladie, mais l'usager du système*

sanitaire et social, qui doit « participer » à l'achat du service ou des biens dont il bénéficie » (Bresson, 2008).

Le franchise est un mécanisme complexe, dans la mesure où il ne s'applique pas de la même manière en fonction des soins ou prestations. Par ailleurs, il ne doit pas être confondu avec un dispositif portant le même nom, existant dans de nombreux pays européens, qui consiste à rembourser les dépenses de soins uniquement à partir d'un certain montant (Elbaum, 2007). En France, le terme franchise indique une retenue financière sur certains actes et produits médicaux. Il existe, en premier lieu, une franchise sur les médicaments dont le montant est de 0,50€ par boîte. Elle est soumise à un plafond annuel global sans être limitée ni par jour, ni par ordonnance et ne comprend pas les médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation.

La loi de 2004 crée également une franchise sur les actes d'auxiliaires médicaux effectués par exemple par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes ou les orthoptistes. Le montant initial de cette franchise est de 0,50€ par acte paramédical et est plafonné à 2€ par jour, pour un même patient et un même professionnel. Elle ne concerne pas non plus les actes paramédicaux pratiqués lors d'une hospitalisation.

Enfin, le mécanisme des franchises est mis en place pour les transports sanitaires. Il s'applique à chaque trajet effectué, sur prescription médicale, par transport sanitaire en dehors des situations d'urgence et concerne les trajets effectués en véhicule sanitaire léger (VSL), en ambulance et en taxi. Le montant de cette franchise est de 2€ par trajet réalisé dans la limite de 4€ par jour et a vocation à limiter les abus quant à l'utilisation des transports pris en charge par l'Assurance maladie.

Tout comme la participation forfaitaire, les franchises ne s'appliquent pas à certaines populations. L'exonération concerne notamment les bénéficiaires de la CMU-C, les femmes enceintes et les titulaires d'une pension militaire d'invalidité. D'où l'importance pour les personnes de bénéficier effectivement de la CMU-C lorsque elles y sont éligibles. L'ouverture de ce droit leur permet non seulement de recevoir des remboursements pour les Restes à charge (RAC) dans les conditions prévues par les pouvoirs publics, mais aussi d'être exonérées de ces nouveaux mécanismes qui ont une incidence forte sur le montant total de la participation financière.

2.2 - L'impact potentiel du parcours de soins sur les Restes à charge (RAC)

A côté de ces mesures qui ont un effet direct sur les frais en matière de santé, d'autres évolutions importantes et, apparemment sans lien direct avec l'augmentation des RAC, participent de la logique de responsabilisation des patients et ont des conséquences fortes sur leur participation financière. La réforme de 2004 institue, en outre, un médecin traitant qui doit être déclaré et consulté en premier lieu par chaque patient. Elle marque ainsi la naissance en France du « parcours de soins coordonnés » au sein duquel le médecin traitant - ou référent – occupe à la fois un rôle de « garde-barrière » et de pivot. Nous l'avons évoqué, la réforme Douste-Blazy tend à transformer l'organisation du système de soins. L'objectif premier est la rationalisation de l'accès à l'offre et le décroisement entre les soins ambulatoires et hospitaliers. Dans cette perspective, les patients sont censés entrer dans le système de santé prioritairement par les soins primaires puis être orientés par le médecin traitant, si nécessaire, vers les soins spécialisés afin de continuer leur parcours, là encore de la manière la plus « rationnelle » possible.

2.21 - Vers une organisation « intégrée » des soins

Ce dispositif inspiré par le principe du *gate-keeper* déjà adopté dans de nombreux pays européens promeut une organisation plus intégrée entre offre primaire et secondaire de soins (Barnay et al., 2007). Tout en conservant la logique d'une médecine libérale à la française, il s'agit de réguler l'accès aux spécialistes, de décroiser soins de ville et soins hospitaliers et d'éviter ainsi des redondances quant aux examens réalisés. D'autres logiques surplombent la création du médecin traitant, au premier rang desquels la maîtrise des dépenses de ville et l'accroissement de la qualité de la prise en charge médicale. La rationalisation de l'offre de soins est ainsi un moyen pour réguler plus fortement les dépenses de l'Assurance maladie.

Cette évolution vient bousculer un principe fondamental de la médecine : la liberté de choix du médecin par le patient, qui participe des principes présidant à la pratique libérale de la médecine posés en 1927⁷¹. Elle ne s'y heurte, cependant, que dans une certaine mesure puisque le patient peut choisir librement son médecin traitant, mais ne peut pas directement

⁷¹ La charte de la médecine libérale de 1927 pose plusieurs principes concernant les pratiques des professionnels de santé libéraux : la liberté tarifaire, la liberté de prescription et la liberté de choix du médecin par le patient. C'est notamment la référence à ces principes qui a rendu problématique la plupart des tentatives de réforme de l'offre de soins par les acteurs étatiques et l'Assurance maladie.

consulter un spécialiste sans être pénalisé dans le niveau de remboursement de ses frais de santé. Des auteurs ont néanmoins fait l'hypothèse que le choix peut parfois être réduit par des problèmes liés à l'accessibilité des praticiens dans certaines zones désertées par les professionnels de santé, mais aussi par de potentiels refus de soins (Barnay et al., 2007).

Concrètement, le parcours de soins consiste à confier à un médecin généraliste, choisi par le patient, la coordination des différentes interventions des professionnels de santé. Ce médecin est chargé de la centralisation et de la transmission de l'information entre les différents soignants impliqués dans les soins et de l'orientation du patient au sein du système de santé. En favorisant des circuits davantage intégrés et encadrés pour chaque patient, l'objectif est de limiter le « nomadisme médical ». En France, l'Assurance Maladie catégorise comme « nomades » les patients qui ont recours à des praticiens multiples au cours d'une période déterminée. Une surconsommation de soins peut en résulter et constituer potentiellement un surcoût pour l'Assurance Maladie. Progressivement, des indices de nomadisme ont été élaborés de manière à mieux connaître le phénomène et ses conséquences, difficiles à déterminer, sur les dépenses de santé⁷².

2.22 - Une évolution qui conditionne les remboursements des patients

Bien que non obligatoire, la déclaration du médecin traitant est encouragée par des incitations financières qui vont être mises en œuvre à partir de janvier 2006. En effet, la création du parcours de soins et du médecin traitant ne peuvent avoir des conséquences quant à la continuité, à la qualité des soins et au financement de l'Assurance maladie, que si ces mesures sont appliquées pour la majorité des patients. C'est pourquoi le choix d'un médecin traitant bien que non obligatoire conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. Ainsi, si les patients n'en déclarent pas et ne respectent de fait pas le parcours de soins, ils s'exposent à des majorations financières de leurs frais de santé (Tabuteau, 2004).

Si l'assuré est hors du parcours de soins -excepté dans des situations particulières- la base du remboursement se réduit en effet à 30%, au lieu de 70%. Le Reste à charge (RAC) du patient

72 Ainsi pour le Régime social des indépendants (RSI) « est présumé nomade tout patient dont l'indice de « présumé nomadisme » est égal ou supérieur à 3 sur une période de 6 mois. L'indice de « présumé nomadisme » est la différence entre le nombre de médecins différents consultés et le nombre de spécialités différentes de ces médecins ».

s'élève alors de manière importante : par exemple, pour une consultation chez un généraliste coûtant 23€, l'AMO ne rembourse que 5,90€, au lieu de 15,10€⁷³ lorsque le parcours de soins est respecté. La différence n'est pas négligeable. Le dispositif du médecin traitant peut ainsi avoir des conséquences financières lourdes, d'autant plus que tous les assurés sociaux et leurs ayants droit de plus de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la CMU B et de la CMU-C et les bénéficiaires d'exonération du ticket modérateur y sont soumis.

Enfin, la réforme de 2004 crée le Dossier médical personnel informatisé (DMPI), censé favoriser la circulation des informations relatives au suivi médical d'une personne entre professionnels de santé. Le DMPI est donc envisagé comme un outil de coordination et de continuité des soins. Lors du vote de la loi, il a même été proposé que sa non présentation au médecin puisse se traduire par une baisse du niveau de remboursement versé au patient par l'Assurance maladie. Ce qui aurait eu un impact supplémentaire sur les RAC des patients. Mais dans la mesure où le DMPI n'a pas eu la montée en charge escomptée et qu'il demeure pour l'instant peu utilisé, cette condition n'a pas été mise en œuvre. Les usagers, tout comme les professionnels de santé, ne se sont en effet que peu appropriés cet outil (CISS, 2006). Il a notamment fait l'objet de nombreuses critiques quant à la confidentialité des informations qu'il renferme ou à son accès par le patient (Tabuteau, 2004). Néanmoins, la création d'un tel outil demeure dans tous les esprits et de multiples expérimentations ont vu le jour en la matière, à l'initiative de professionnels de santé ou de collectivités territoriales notamment.

2.3 – Le renforcement de l'accessibilité financière des plus démunis pour limiter les inégalités en matière de santé

En France, les mécanismes de participation financière des patients se sont peu à peu amplifiés et diversifiés. Stratégie de régulation des dépenses maladie largement utilisée dans les années 1970 et 1980, l'intervention sur la demande de soins a eu tendance à reculer durant la décennie 1990, pour revenir en force avec la réforme d'août 2004. L'empilement des mesures forme progressivement un ensemble illisible et souvent peu compréhensible pour les assurés qui peinent à se retrouver dans les méandres des remboursements et à se projeter quand au niveau de prise en charge des différents soins. D'autant plus que la pratique des dépassements

⁷³ Les montants remboursés tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro.

d'honoraires, en quelque sorte légitimée par la réforme, brouillent les pistes et renforce la difficulté à comprendre les tarifs pratiqués par certains praticiens.

2.31 - Les effets inégalitaires des nouveaux mécanismes de participation financière

D'une manière générale, c'est le souci de responsabiliser l'assuré social dans l'utilisation du système de soins qui a guidé les mesures d'augmentation des RAC. Mais les conséquences sur la consommation de soins sont toutefois délicates à mettre en exergue (Elbaum, 2009). Les effets inégalitaires de telles mesures, plus encore de mécanismes tel celui des franchises, sont, en revanche, communément reconnus. Car sous couvert de responsabilisation des patients, on observe surtout un processus de transfert du financement des dépenses de santé sur d'autres acteurs -ménages et complémentaires- que l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Cette évolution a, quant à elle, eu un impact aisément et rapidement identifiable : l'accroissement des inégalités financières d'accès aux soins dans un contexte où les ménages n'ont pas tous les moyens de payer une complémentaire. Nous l'avons expliqué.

En 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) estime à 3 milliard d'euros l'augmentation potentielle des Restes à charge (RAC) sur les quatre années à venir, l'année 2008 étant celle qui doit voir se déployer la dernière vague de franchises médicales prévue par la réforme de Philippe Douste-Blazy (HCAAM, 2004). Certaines des mesures de cette réforme tendent, en outre, à accentuer les effets inégalitaires de la participation financière. Ainsi, si certains mécanismes de régulation fine tels les déremboursements de médicaments à faible Service médical rendu (SMR), la limitation du tiers payant aux génériques ou la modulation des remboursements en fonction de la déclaration du parcours de soins peuvent influencer favorablement sur les comportements, cela ne semble pas être le cas concernant la hausse du forfait hospitalier, la participation de 18€ sur les actes lourds, les franchises et la participation forfaitaire. Mireille Elbaum estime que non seulement ces dispositions risquent de ne pas avoir l'effet escompté quant à la responsabilisation de l'assuré et au contrôle des dépenses maladie, mais qu'elles peuvent surtout nuire à la prévention et/ou réduire l'observance des traitements (Elbaum, 2009), et renforcer la survenue de comportements de renoncements et de non-recours aux soins.

Par la même, alors qu'ils sont censés toucher de « petits risques », elle explique que ces RAC peuvent dans la réalité ne pas s'appliquer qu'à ceux-ci, ni d'ailleurs à des dépenses susceptibles d'être réduites. Les franchises et la participation sur les actes lourds peuvent tout particulièrement avoir des conséquences préjudiciables en termes de santé immédiate ou future, notamment chez des personnes présentant des problématiques de santé récurrentes, mais n'étant pas nécessairement prise en charge au titre d'une Affection longue durée (ALD), ou chez les ménages modestes renonçant déjà à des soins pour des raisons financières alors même que leur état de santé est généralement plus dégradé (Dourgnon, Grignon et Jusot, 2001). La mobilisation à des fins de régulation des mécanismes de participation financière implique par conséquent, pour être efficace, des conditions précises qui en rend le maniement périlleux et *in fine* controversé. En effet, comment être sûr que les RAC ne s'appliquent pas aux comportements dont les assurés ne sont pas responsables, aux risques importants sur lesquels les assurés n'ont que peu de prise et qui peuvent entraîner une détérioration de l'état de santé coûteuse sur le long terme ? Comment éviter l'aggravation des inégalités financières d'accès et de recours aux soins déjà prégnantes avant la réforme de 2004 ?

2.32 – L'accès à la complémentaire au cœur de la limitation des inégalités en matière de santé

Dans cette perspective, le HCAAM alerte sur le fait que les ménages sans couverture complémentaire vont devoir supporter l'intégralité des coûts transférés (HCAAM, 2004). Cela alors que l'effort pour financer les soins est, on l'a dit, déjà plus important pour les ménages à faible niveau de vie, malgré une redistribution entre hauts et bas revenus provenant du versement des cotisations sociales et de la CSG. Il est vrai que l'Assurance maladie a un effet redistributif du fait de son mode de financement, et des évolutions de celui-ci, et qu'elle opère une forme de correction des inégalités de revenus. Pour autant, on en revient au fait que, suite à la multiplication des mécanismes de participation financière, la partie du coût des soins financés par l'Assurance maladie de base a nettement diminué et que, dans ce cadre, l'effort pour financer les frais non pris en charge pèse plus sur les bas revenus.

La prédiction par les associatifs mais aussi par des acteurs institutionnels, au premier rang desquels le Fonds CMU et le HCAAM, de l'impact des mesures de 2004 sur la participation financière des patients et sur leur taux d'effort s'agissant des dépenses de santé, attise les questionnements relatifs à la protection maladie des plus démunis. Dans ces conditions,

l'intérêt pour le non-recours à la CMU-C s'accroît, surplombé par un enjeu d'effectivité de l'accès à la complémentaire afin d'éviter aux populations à faibles ressources de supporter l'intégralité des RAC et les dépassements d'honoraires. Si le suivi de son effectivité est l'objet d'une préoccupation accrue, c'est bien parce que le dispositif de la CMU-C constitue, en France, le cœur de la stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé, qui tend doucement à se déployer depuis la fin des années 1990.

En 1998, Claude Schneider-Bunner, économiste, indique que sous l'effet des changements concernant la structure de l'emploi, mais également des réformes impactant la participation financière des patients, le souci de politiques correctrices des inégalités s'est introduit progressivement au sein de l'Assurance maladie pour consolider un accès aux soins fragilisé. L'économiste souligne que la question de l'équité se pose ainsi à l'institution, « *la mettant au défi de traiter différemment des individus ou des groupes d'individus, d'en faire plus pour certains afin de réduire l'écart entre les plus démunis et le reste de la population d'assurés* » (Schneider-Bunner, 1998).

La question des inégalités d'accès aux soins s'encastre dans la question plus large des inégalités sociales de santé. Dans la plupart des pays européens, des différences de mortalité entre milieux sociaux ont progressivement été constatées, faisant l'objet d'une attention plus ou moins forte des pouvoirs publics (Jusot et Cases, 2010). En France, le rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP) de 1998, intitulé « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités en santé », est l'un des premiers rapports publics à souligner des écarts de mortalité entre catégories sociales et à expliciter leur caractère multidimensionnel (HCSP, 1998b). Le HCSP note que ces écarts ont tendance à s'accroître, en particulier chez les hommes, avec un écart d'espérance de vie à 35 ans qui atteint sept ans entre les ouvriers et les cadres. Le constat est fait que les disparités sont liées à la fois au diplôme, à la catégorie socioprofessionnelle et aux revenus et que l'on retrouve ces différences dans la plupart des domaines de la morbidité.

Au-delà des pathologies et de leur prise en charge, le rapport souligne que les conséquences des problèmes de santé s'avèrent d'autant plus graves pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes que celles-ci sont, au départ, dans des situations socio-économiques plus défavorables. Bien que signifiant le fait que la « *santé déborde largement les soins de santé* » (HCSP, 1998b), le HCSP focalise tout de même le regard sur le rôle du

système de soins dans la limitation des inégalités. Les travaux scientifiques montrent toutefois que les inégalités sociales de santé ne s'expliquent pas uniquement à partir de facteurs liés au système de soins, son organisation et son accessibilité financière en particulier, mais également à partir d'une seconde grande catégorie de facteurs : ceux relevant de déterminants sociaux en lien avec les modes et les milieux de vie des populations (Jusot et Cases, 2010).

Au cours de la seconde moitié du XXe siècle, la limitation des inégalités sociales de santé s'est développée dans la plupart des pays européens, dans une plus ou moins grande mesure et en empruntant des chemins très divers. Ceux-ci sont largement contingentés par la lecture faites des inégalités et par les choix effectués dans le passé concernant l'organisation du système de santé et de protection maladie (Bourgueil et al., 2012). Ainsi, certains pays ont-ils mis en place, pour limiter les inégalités, des actions portant prioritairement sur les déterminants sociaux de la santé. Ils sont intervenus, non pas seulement sur le système de soins, mais bien aussi dans les domaines de l'éducation, du logement ou de l'alimentation. C'est notamment le cas des pays scandinaves.

D'autres ont, quant à eux, privilégié une action centrée sur l'accès et le recours aux soins, en travaillant sur l'organisation des soins primaires ou/et en mettant en place des dispositifs pour favoriser l'accessibilité financière des plus démunis (Bourgueil et al., 2012). En France, les pouvoirs publics se sont inscrits dans cette seconde perspective. Considérant que les inégalités sociales de santé sont principalement la conséquence des écarts de couverture maladie et de consommations de soins entre catégories sociales, ils ont développé, en priorité, des dispositifs pour améliorer l'accès financier aux soins des populations démunies. Ils ont ainsi centré leurs efforts sur les plus pauvres et laissé de côté des mesures visant, plus globalement, à réorganiser le système de soins primaires, même si de timides tentatives voient progressivement le jour en la matière, à l'instar de la création du médecin traitant visant une meilleure intégration et une coordination accrue des professionnels de santé.

Dans cette lecture des inégalités et au regard de l'organisation à deux étages de l'Assurance maladie en France, l'accès à une complémentaire pour tous est devenu une préoccupation centrale. Depuis la fin des années 1990, la généralisation de cette forme de protection est donc la solution symétrique préconisée par les pouvoirs publics à l'augmentation des RAC et aux difficultés d'accès aux soins qui en découlent pour les populations à faibles revenus. En 2004, la nécessité de l'accès à la complémentaire se dessine encore plus nettement avec l'arrivée du

référentiel de la gestion du risque maladie (GDR), afin d'éviter des renoncements aux soins et une dégradation de l'état de santé des populations potentiellement coûteuse pour l'Assurance maladie. Rappelons que la GDR tend à rendre le système de protection plus efficient, tout en maintenant un bon état de santé à la population et la qualité des soins. Dominique Libault l'évoque lors de notre entretien :

« Déjà qu'on voyait des personnes qui ne se faisaient pas soigner avant la réforme, pour éviter que ça se multiplie et qu'on ait des conséquences sur la santé, des conséquences financières aussi, renforcer l'accès aux droits à la complémentaire c'était un peu notre devoir. C'est toujours notre idée en fait ».

Entretien avec Dominique Libault, Directeur de la DSS du ministère de la Santé, juin 2009.

A l'instar de cela, en France le droit à une couverture suffisante des dépenses de soins s'est affirmé peu à peu, afin de préserver le principe de protection de la santé, tel qu'il figure au dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. En 2004, une décision du Conseil constitutionnel⁷⁴ relative précisément à la loi Douste-Blazy, a estimé *« que le principe de protection de la santé exige qu'on assure l'accessibilité financière des soins et qu'une situation de reste à charge trop élevé peut constituer une violation de la Constitution »* (Pellet, 2012). Pour autant, rien n'est dit du poids du Reste à charge (RAC) qui pourrait être jugé anticonstitutionnel. *« Il n'existe [ainsi] pas de cliquet constitutionnel « anti-retour » qui garantisse que la prise en charge de l'Assurance maladie ne descende pas en deçà d'un certain seuil »* (Pellet, 2012).

En ce sens, la Loi de santé publique de 2004 a souligné la nécessité de préserver l'accessibilité financière aux soins afin de garantir le principe de protection de la santé et réduire les inégalités en la matière en France. Cette année là, la Société française de santé publique (SFSP) rappelle que *« les différences importantes qui persistent entre catégories sociales pour les principaux indicateurs de santé sont en partie la conséquence de différences d'exposition à des facteurs de risque, mais résultent aussi de l'utilisation inégale des services de soins et de prévention (accès insuffisants ou trop tardifs à des soins efficaces), malgré les mécanismes de solidarité qui réduisent dans notre pays l'influence des barrières financières »* (SFSP, 2004). A travers ces mots et au regard des deux (seuls) objectifs consacrés dans cette

⁷⁴ Décision 2004-504 DC du 12 août 2004.

loi à la limitation des inégalités sociales de santé (encadré 9), on perçoit la persistance d'une lecture, en premier lieu, par l'angle de l'accessibilité financière au système de soins et, en second lieu, d'une approche prioritairement centrée sur les populations précaires.

Encadré 9
Objectifs relatifs à la limitation des inégalités sociales de santé
dans la loi de santé publique de 2004

Objectif 33 : Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.

Objectif 34 : Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.

Source : loi de santé publique de 2004.

Au croisement de l'augmentation de la participation financière, du référentiel de la gestion du risque maladie et de la limitation des inégalités en matière de santé, la question de l'accès à la complémentaire se pose avec acuité en 2004. Car même si à côté des exonérations pour raisons médicales, des exonérations que l'on peut qualifier de « sociales » ont été instaurées, on l'a vu concernant les bénéficiaires de la CMU-C, ceux qui échappent à ce dispositif sont pleinement exposés aux inégalités d'accès et de recours aux soins. Face à cette situation, le choix des pouvoirs publics est bien de renforcer l'effectivité de la CMU-C, mais également de faire en sorte que les populations se trouvant juste au dessus de son seuil puissent être couvertes. Comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, un nouveau dispositif d'aide à la mutualisation voit ainsi le jour avec la réforme Douste-Blazy, pour compléter la CMU-C et atténuer son effet de seuil.

CONCLUSION DU CHAPITRE

En 1993, le rapport « Santé 2010 » commandé deux ans plus tôt par le Commissaire général au Plan évoque « *l'usure des leviers de la politique de régulation par la demande* » (Soubie, 1993). Il souligne que l'augmentation du Reste à charge (RAC) pesant sur les assurés sociaux « *se résume à la superposition au cours du temps de plusieurs modalités de participation financière des patients relevant de logiques différentes, parfois contradictoires* » (Bras et Tabuteau, 2009). Ce document majeur influence les politiques de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie en France. La régulation par la demande marque ainsi une pause entre 1994 et 2004 ; dix années durant lesquelles d'autres leviers sont utilisés pour tenter de maîtriser les dépenses, mais sans réel succès. Le déficit de la branche Maladie pour 2004 est estimé à 11 milliards d'euros et la réforme est indispensable.

Elle a lieu en août 2004 et remet sur le devant de la scène la maîtrise de la demande de soins. Elle ne comprend quasiment aucun mécanisme de régulation par l'offre et fait, par conséquent, peser majoritairement le poids des ajustements sur les assurés. Leur responsabilisation est le maître mot de la réforme, la superposition de diverses modalités de participation financière repart de plus belle. A côté des hausses du ticket modérateur et du forfait hospitalier, des mesures d'un nouvel ordre voient le jour : participations forfaitaires et franchises médicales, qui poussent encore plus loin les contraintes financières pesant sur les patients. Cependant, en l'absence d'engagement à même hauteur de la responsabilité des autres acteurs du système, la responsabilisation des demandeurs court le risque de se réduire à une mise à contribution financière problématique pour les ménages modestes en entamant encore davantage la solidarité du système.

Alors qu'avant la réforme, des travaux ont montré la persistance de phénomènes de renoncement aux soins pour des raisons financières du fait principalement de l'absence de complémentaire, la hausse des RAC en 2004 suscite des craintes. Selon le HCAAM, la dégradation du taux de prise en charge suite à la réforme est d'ailleurs la plus significative depuis la création de l'Assurance maladie (HCAAM, 2005a). Ainsi, « *à l'heure de la mise en œuvre de ces évolutions, les enjeux liés au coût des soins et à la participation financière des patients sont (...) essentiels car la garantie d'un accès primaire aux soins égal pour tous n'est pas inscrite dans un avenir serein* » (Leclerc, Kaminski et Lang, 2008).

Dans ces conditions, les acteurs étatiques choisissent d'améliorer le taux de couverture par une complémentaire santé, en tentant de faire entrer dans la CMU-C ceux qui y sont éligibles mais qui échappent au dispositif. Le non-recours intéresse en ce sens. Parallèlement, ils veulent permettre aux personnes ayant des ressources juste au dessus de son plafond d'accéder à une complémentaire. La mise en place d'une aide à la mutualisation est l'une des mesures prises par la réforme Douste-Blazy. Elle vient, en l'occurrence, raviver les controverses relatives au type de protection à apporter aux populations démunies en matière de santé.

Car une chose est sûre : la généralisation de la complémentaire, bien qu'elle soit la direction prise par les pouvoirs publics depuis plusieurs années, ne fait pas nécessairement l'unanimité parmi tous les acteurs de la protection maladie, en particulier parce qu'elle bat en brèche le principe fondamental de solidarité entre bien-portants et malades en renforçant le déport progressif de l'AMO vers l'AMC. Certains voient d'un mauvais œil l'interpénétration toujours plus forte de ces deux mondes et font des propositions alternatives pour couvrir les populations démunies. Par la même, les modalités jusqu'ici retenues pour organiser cet accès à la complémentaire font l'objet de controverses fortes ; c'est en particulier le cas de la nature des financements choisis et de la répartition des rôles entre les organismes de base de l'Assurance maladie et les Organismes complémentaires (OC). Dans cette perspective et comme nous allons désormais le montrer, l'instauration d'une nouvelle aide à la mutualisation tend à conforter la perception du non-recours comme un argument potentiel dans les débats relatifs aux modalités de la prise en charge des personnes défavorisées en matière de santé.

Chapitre 4.
Le non-recours aux droits :
un argument au cœur des controverses
sur la protection maladie des populations démunies.

La réforme de l'Assurance maladie d'août 2004 attise l'attention portée au non-recours à la complémentaire pour deux raisons. Comme nous venons de le voir, l'inquiétude relative à l'augmentation de la participation financière des patients constitue un premier élément d'explication. Le second est la mise en place du « crédit d'impôt » visant à atténuer l'effet de seuil de la CMU-C. Ainsi, si la réforme Douste-Blazy accroît les Restes à charge (RAC) des patients, elle crée aussi une aide à la mutualisation pour les personnes ayant des revenus juste en dessus du plafond de la CMU-C et qui rencontrent des difficultés financières pour accéder à une complémentaire maladie.

L'effet de seuil est un problème soulevé dès la mise en place de la CMU-C. Le dispositif sous conditions de ressources laisse, en effet, de côté des personnes ne disposant que de quelques euros de trop (Volovitch, 2003). En 2001, le rapport d'évaluation de la CMU réalisé par l'IGAS signale déjà « *que le thème le plus discuté est celui du niveau du plafond de ressources, qui va de pair avec celui de l'effet de seuil associé à la fixation de ce plafond* » (IGAS, 2001). La première recommandation de ce même rapport est ainsi de « *minimiser l'incidence négative des effets de seuil sur l'accès effectif aux soins* ».

En ce sens, très rapidement après l'instauration de la CMU-C, des dispositifs locaux relevant principalement de deux logiques spécifiques voient le jour, pour tenter de limiter le problème du seuil : le premier consiste à aider financièrement la population située à la marge de la CMU-C à acquérir une couverture complémentaire maladie. C'est le principe de l'aide à la mutualisation. Le second crée un sas entre la CMU-C et l'acquisition d'une couverture complémentaire privée à travers des « contrats de sortie », obligeant les OC à proposer un tarif préférentiel pour une durée d'un an à tous leurs assurés sortants de la complémentaire CMU (Fonds CMU, 2003). Financées sur les budgets d'Action sanitaire et sociale (ASS) des CPAM, ces mesures, mises en œuvre de manière hétérogène selon les territoires, montrent

rapidement leurs limites et ne touchent qu'une partie infime des personnes qui peuvent y avoir droit. Entre difficultés organisationnelles, divergences d'intérêts entre les CPAM et les OC, oppositions politiques concernant leurs modalités de financement, ces mesures peinent à proposer une réponse efficace à l'effet de seuil de la CMU-C.

Pourtant, même s'il n'a pas fait la preuve de son efficacité et s'il est l'objet de nombreuses critiques, le principe de l'aide à la mutualisation, loin d'être écarté, est réaffirmé par la réforme de l'Assurance maladie de 2004, à travers l'instauration au niveau national du « crédit d'impôt ». Bien que rebaptisée, cette aide légale reprend en réalité la majorité des caractéristiques des précédents dispositifs locaux d'aide à la mutualisation, en proposant une subvention pour l'achat d'un contrat complémentaire maladie. Confronté instantanément à de multiples critiques, le crédit d'impôt relance le débat sur le type de réponses à apporter à l'effet de seuil de la CMU-C et sur les enjeux politiques sous-jacents à la mise en œuvre de dispositifs pour améliorer l'accès à la complémentaire des plus démunis en France.

Alors que la question du non-recours à la CMU-C a mis du temps à se poser, qu'elle reste encore peu perçue par les Caisses d'assurance maladie en l'absence de connaissances consolidées et qu'elle commence juste à apparaître comme un enjeu à part entière à l'heure de la gestion du risque maladie, celle du non-recours au crédit d'impôt acquiert très vite un statut problématique. Avant même de mesurer le phénomène et d'en connaître l'ampleur, les détracteurs du dispositif, au sein de « l'élite du *Welfare* » et des régimes de base de l'Assurance maladie notamment, se servent de l'argument du non-recours pour mettre en doute non seulement l'effectivité et l'efficacité, mais bien aussi la pertinence de cette aide.

En la matière, les enjeux associés au phénomène touchent ainsi à l'adaptation de ce type de dispositifs, de son principe d'action, à la population qu'il est censé aider. Ces acteurs font même rapidement du non-recours un point d'appui, un argument, pour demander la suppression du crédit d'impôt et légitimer la mise en place d'autres modalités de protection des populations démunies en matière de santé. Prenant le contre-pied de ces critiques, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, qui a préparé la création du crédit d'impôt en 2004 et qui plus globalement soutient la généralisation de l'accès à la complémentaire comme voir prioritaire pour solvabiliser les dépenses de santé, voit dans le non-recours un levier opérationnel pour faire monter en charge le dispositif du crédit d'impôt et renforcer son effectivité. Derrière ces controverses, se dissimulent des enjeux politiques

forts, relatifs à l'évolution de la répartition des rôles entre les acteurs de la protection maladie de base et complémentaire et aux modes de financement des droits visant à améliorer l'accès financier aux soins des populations démunies.

Dans ce contexte conflictuel, une voie consensuelle se dessine peu à peu : celle de la production de connaissances sur le non-recours à la complémentaire. Dans un contexte d'incertitude concernant le phénomène qui reste encore largement invisible, la consolidation de la ressource cognitive (Knoepfel et al., 2006) apparaît comme un préalable avant de lancer des actions pour promouvoir les dispositifs de la CMU-C et du crédit d'impôt ou, inversement, pour les remanier en profondeur ou les supprimer.

Nous faisons dans ce chapitre l'hypothèse que l'intérêt immédiat porté au non-recours au crédit d'impôt s'encastre dans les controverses relatives à la transformation de la protection maladie en France et tient au fait qu'il peut venir soutenir des positions contradictoires. Il est pour certains un argument potentiel pour supprimer l'aide à la mutualisation et pour d'autres un levier possible de renforcement de sa mise en œuvre. Cet intérêt attise, en tout cas, l'attention portée au non-recours aux droits à la complémentaire gratuite et aidée dans son ensemble. Il conforte la nécessité de vérifier l'effectivité des réponses apportées à la question de l'accès à la complémentaire pour les plus démunis. A cette période, la production de connaissances sur le non-recours s'impose ainsi comme une voie consensuelle, mais en réalité très stratégique, pour étayer les décisions futures visant à garantir le droit fondamental à la protection de la santé en France.

SECTION 1.

L'AIDE A LA MUTUALISATION POUR LIMITER L'EFFET DE SEUIL DE LA CMU-C. UN MECANISME DE PROTECTION DANS LA TOURMENTE.

En 2004, la décision de créer un crédit d'impôt est controversée, tant du point de vue de la mise œuvre de l'aide, que des enjeux politiques qu'elle soulève. Elle conforte en effet la double direction prise depuis plusieurs années pour transformer la protection maladie : d'un côté, on reporte des charges vers les Organismes complémentaires (OC) ; de l'autre, on finance des dispositifs d'accès à la complémentaire, en partie, sur des deniers publics. Pour mieux comprendre l'ensemble de ces controverses, il semble incontournable de revenir sur les tentatives de même nature qui ont précédé la création du crédit d'impôt.

En effet, on croit souvent à tort que le principe de l'aide à la mutualisation est inventé au moment de la réforme Douste-Blazy, ce qui n'est en réalité pas le cas. De tels dispositifs ont déjà vu le jour dans les années précédentes, sans toutefois obtenir les résultats espérés. Le gouvernement persiste pourtant dans cette voie, alors même que des propositions alternatives ont émergé pour démontrer que l'aide à la mutualisation n'est pas la seule réponse envisageable pour résoudre les difficultés financières d'accès aux soins des populations démunies et modestes ; le bouclier sanitaire en étant par exemple une autre.

1.1 - Des essais chaotiques en matière d'aide à la mutualisation avant 2004

Déjà dans les débats relatifs à la CMU, le principe d'une aide pour ceux qui dépassent à peine le plafond de la prestation est envisagé. Se pose tout particulièrement la question des allocataires de minima sociaux tels que le Minimum vieillesse et l'Allocation adulte handicapé (AAH). Initialement, l'aide à la mutualisation, aussi appelée aide à la solvabilisation, est même proposée comme alternative à la CMU-C afin d'éviter d'emblée l'effet de seuil. Mais dans un contexte où le budget nécessaire pour financer ce droit est déjà conséquent, la création au niveau national d'un dispositif complémentaire légal, englobant une population encore plus large que celle envisagée comme cible de la CMU-C est rejetée (Commaille et Frotiée, 2004).

1.11 - La mise en place par les CPAM de dispositifs locaux hétérogènes

Au cours de sa réunion du 10 octobre 2000, la Commission de l'Assurance maladie décide « *de laisser le choix aux CPAM d'intervenir sur appréciation et examen des situations individuelles, sous forme d'aides ponctuelles au paiement de cotisations de primes de contrats d'assurance complémentaire, en fonction des contextes locaux et notamment des accords de partenariats avec des OC (...). Il leur appartient d'établir un cahier des charges définissant le champ d'application et les modalités de mise en oeuvre, dans le cadre des crédits limitatifs autorisés* » (Fonds CMU, 2005). Une dotation annuelle de 61 millions d'euros est inscrite à cet effet sur le budget du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour l'année 2001. Dans le sillage de la préconisation de la Commission, la Convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la CNAMTS, pour la période 2000-2003, prévoit bien « *un examen local des situations individuelles en marge de la CMU posant des difficultés d'accès aux soins* » (CNAMTS, 2003).

Pas de dispositif national donc. Les CPAM sont incitées, à côté de la CMU-C, à mettre en place des mesures extra-légales pour améliorer l'accès à une complémentaire. Elles restent ainsi pleinement décisionnaires quant au fait de consacrer, ou non, une partie de leur enveloppe d'Action sanitaire et sociale (ASS) pour soulager les populations se trouvant juste au dessus du seuil de la CMU-C et mettre en place des aides au paiement de leur complémentaire maladie. L'objectif de la CNAMTS est néanmoins de maintenir une certaine convergence entre les initiatives locales. Cependant, en l'absence de consignes claires, le déploiement des réponses est des plus varié, comme le souligne Jacques Amalric de la CNAMTS :

« Les caisses y allait un peu à leur manière. Mais finalement ce n'était pas plus mal et c'est comme ça l'Action sanitaire et sociale des CPAM... C'est là, où la caisses ont encore une petite marge de manœuvre. On ne peut pas être surpris que les initiatives en matière d'aide à la complémentaire ne soient pas identiques d'un organisme à l'autre quand on les fait financer sur l'ASS ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Les aides locales, devant initialement relever de mécanismes d'aide à la mutualisation, prennent en outre des formes diverses : prise en charge partielle ou intégrale des cotisations de couverture complémentaire, paiement ponctuel des frais de santé, voire même, dans certaines caisses, instauration de systèmes d'auto assurance au sein desquels les bénéficiaires ont droit à une prestation proche de la CMU-C. Parallèlement, toutes les CPAM ne mettent pas en place de dispositifs d'atténuation de l'effet de seuil. Si certaines prennent le dossier à bras le corps et construisent des partenariats avec d'autres institutions, notamment les Conseils généraux pour co-financer les aides à la mutualisation, d'autres font *a minima* ou ne font rien.

Fin 2001, un bilan des dispositifs élaborés par les CPAM est effectué dans le rapport d'évaluation de la CMU. A l'instar de ce qui vient d'être évoqué, les auteurs soulignent que seulement un peu plus de la moitié des caisses a instauré de telles aides (IGAS, 2001). Par ailleurs, les disparités de cibles sont flagrantes. Le niveau des ressources permettant l'accès aux dispositifs est notamment très variable, puisqu'il connaît des différences de plus de cinquante euros en fonction des CPAM (IGAS, 2001). La situation est ainsi très hétérogène d'une circonscription à l'autre ; des disparités territoriales en termes de prise en charge des populations modestes en résultent. Le problème de l'effet de seuil de la CMU-C demeure quasiment entier.

Dans cette perspective, en 2002, Elisabeth Guigou, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité, annonce la convergence des dispositifs locaux à travers l'élaboration d'une aide nationale à la mutualisation.

1.12 - La tentative de convergence nationale

Dans un discours devant l'Assemblée nationale lors de la lecture définitive de la Loi de financement de la sécurité sociale (FFSS) pour 2002, la ministre signale en effet la création d'un « *nouveau dispositif permettant de réduire le coût d'acquisition d'un contrat de couverture maladie complémentaire pour les personnes dont les ressources sont supérieures de 10 % au plafond de la CMU. Ce dispositif doit bénéficier à quelques 2 millions de personnes* » (Fonds CMU, 2003). Les autres formes de dispositifs, mises en œuvre par les CPAM au cours de l'année 2001, doivent disparaître. Un avenant à la COG Etat/CNAMTS

est signé en mars⁷⁵. Il stipule que le dispositif doit prendre la forme exclusive d'une aide financière, destinée aux ménages rentrant dans les conditions de ressources, afin qu'ils acquièrent un contrat complémentaire. Le niveau de ressources fixé a vocation à permettre la prise en compte des allocataires de certains minima sociaux particulièrement en difficulté sur le terrain de la complémentaire santé, en premier lieu ceux qui bénéficient de l'AAH ou du Minimum vieillesse.

Cette aide, d'un montant de 115€ pour une personne, est valable un an et reconductible sur demande tant que les ressources des demandeurs restent comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 10%. Les contrats complémentaires éligibles doivent, quant à eux, garantir un panier de biens identique à celui de la CMU-C, ainsi que la dispense d'avance de frais pour l'ensemble des soins. Dans ce cadre, les CPAM tendent à négocier des offres avec les Organismes complémentaires (OC) locaux pour déterminer les tarifs des contrats auxquels l'aide à la mutualisation peut donner droit ainsi que les garanties qu'ils contiennent. Une modulation selon l'âge est possible afin de limiter l'effet d'éviction des publics les plus âgés par une tarification progressive (Grignon et al, 2007).

La convergence entre les dispositifs locaux antérieurs est donc souhaitée par les pouvoirs publics, en suivant les normes que nous venons de présenter, afin d'uniformiser la prise en charge des populations sur l'ensemble du territoire. Certaines CPAM sont réticentes à cette homogénéisation contrainte, d'autant plus que l'aide à la mutualisation reste financée sur leurs enveloppes locales d'Action sanitaire et sociale (ASS) :

« Des directeurs voyaient d'un mauvais œil ce dispositif contraignant alors qu'il était financé sur le budget d'ASS. L'ASS c'est ce qui reste aux Conseils d'administration. Une petite part d'autonomie à l'heure où tout doit être fait selon des procédures uniformes et où la direction a la main ».

Entretien avec Jean-Loup Nicolaï, responsable du service précarité de la CPAM de Paris, avril 2009.

L'imposition de règles nationales réduit en effet les marges de manœuvre des caisses. Elle les oblige, en outre, à lancer de nouveaux appels d'offres, auprès des OC, pour négocier des contrats complémentaires répondant aux normes définies dans l'avenant de la COG. Emerge

⁷⁵Une circulaire de la CNAMTS (circulaire 112/2002 du 12 août 2002) précise les conditions de son application.

alors une opposition politique forte de plusieurs directeurs de CPAM qui refusent, purement et simplement, d'appliquer ce dispositif intégralement prédéterminé par les acteurs nationaux mais financé sur des budgets publics locaux. A côté de cela, des problèmes techniques gênent la montée en charge de l'aide nationale au sein des CPAM qui souhaitent la mettre en oeuvre : ils portent essentiellement sur les applications informatiques destinées à instruire les droits et amènent bien souvent les Caisses primaires à maintenir finalement leurs dispositifs locaux, lorsqu'elles en ont un, et à utiliser leurs outils de liquidation antérieurs (Fonds CMU, 2003).

Dans ce cadre, la montée en charge de l'aide selon les normes voulues par Elisabeth Guigou est très lente. On observe d'ailleurs, en réalité, une coexistence de dispositifs locaux et nationaux, coexistence qui ne favorise pas la lisibilité pour les personnes potentiellement éligibles. Dans ce contexte, les taux de recours demeurent faibles et viennent interroger l'efficacité des aides quant à leur objectif premier : améliorer l'accès à une complémentaire pour des personnes ayant des ressources modestes, mais supérieures au plafond de la CMU-C, afin de renforcer leur accès aux soins.

1.13 - L'échec des premiers dispositifs d'aide à la mutualisation

Afin de suivre cette montée en charge difficile, la DSS, en collaboration avec les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), effectue fin 2002 un bilan de la mise en œuvre de l'aide à la mutualisation dans les organismes locaux d'Assurance maladie du régime général. La CNAMTS réalise, quant à elle, deux bilans en février et juin 2003.

S'agissant des publics aidés : pour l'ensemble des CPAM et tous dispositifs confondus, on constate que 28% des foyers aidés bénéficient de l'AAH, tandis que 18% d'entre eux perçoivent le Minimum vieillesse. Ces parts décroissent cependant régulièrement suite aux mesures annuelles de revalorisation des minima sociaux, le seuil retenu pour l'aide à la complémentaire devenant trop bas pour intégrer les allocataires de ces minima. La répartition par tranche d'âge indique une plus faible présence des personnes de moins de 18 ans (29,2%) que parmi les personnes couvertes par la CMU-C (43%), ainsi qu'une nette surreprésentation des tranches d'âge les plus âgées : 17,1% des bénéficiaires des aides à la mutualisation ont ainsi plus de 60 ans contre 4,8% dans la CMU-C (Fonds CMU, 2003). Cette tranche d'âge, pour laquelle le coût d'une couverture complémentaire est très élevé, est celle qui tire le plus grand bénéfice de ce type de dispositif.

Le bilan de la DSS souligne que, parmi les 63 caisses qui ont mis en place un dispositif local avant l'annonce de la création du dispositif national par Elisabeth Guigou, 18 ont fait le choix de conserver leur aide jugée plus favorable en termes de montant attribué et/ou de plafond de ressources. L'étude de la CNAMTS montre, quant à elle, qu'en juin 2003 le nombre total de foyers ayant obtenu, et utilisé, les dispositifs d'aide à la mutualisation depuis la mise en place des premiers d'entre eux par les CPAM en 2001 est de 61 023. La Caisse nationale estime que plus de la moitié des personnes n'ont finalement pas utilisée l'aide obtenue pour acquérir une complémentaire maladie. Ainsi, toutes Caisses primaires confondues, le taux d'utilisation moyen des aides à la mutualisation par les personnes qui ont bénéficié d'une attestation de droit de la part de leur CPAM est de 45%.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux Caisses primaires qui ont instauré un dispositif conforme aux instructions nationales au cours de l'année 2002, elles ont ouvert un droit à seulement 4 215 foyers soit 7 431 personnes. Le taux de recours est ainsi d'à peine 0,46%, si l'on part sur l'estimation la plus basse de la population cible, soit 1,6 millions de personnes. Pour expliquer ce que certains décrivent comme un « *échec massif* »⁷⁶, la CNAMTS avance que le principe de l'aide pour une complémentaire santé n'est peut-être pas adapté à une population ayant des revenus modestes. La part restant à la charge du bénéficiaire lui semble en effet trop importante et même insoutenable pour certaines populations. C'est bien l'aide en elle-même qui est mise en cause. Cela explique, comme le souligne Jacques Amalric chargé de mission « accès aux droits et aux soins » à la CNAMTS dans notre entretien, que les bénéficiaires potentiels ne soient pas au rendez-vous :

« On ne peut que dire que ça ait fonctionné... Dès le départ, on a bien vu que la difficulté c'était surtout le montant de l'aide. Les gens ont encore trop à payer. Il faut bien se dire qu'on n'est pas dans le cadre d'une population aisée. Ce n'est pas parce qu'on dépasse le seuil de la CMU-C qu'on a les moyens de payer une mutuelle, même en étant aidés, les gens ne peuvent pas. Il y avait aussi des oppositions politiques, des désaccords sur cette aide ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

⁷⁶ Extrait de l'entretien avec JL. Nicolai, CPAM de Paris, avril 2009.

A côté de cela, des éléments relatifs au niveau d'implication des différents acteurs de la protection maladie viennent aussi expliquer ce que la CNAMTS considère comme un échec. Ces éléments permettent de comprendre la faible mise en œuvre de l'aide nationale à la mutualisation. Ainsi, outre l'opposition non négligeable des directeurs et des Conseils d'administration de multiples CPAM au principe même de l'aide, la plupart des Conseils généraux (CG) ne souhaite pas s'impliquer dans le financement du dispositif dont les règles établies « par le haut » sont jugées trop contraignantes (CNAMTS, 2003). Même là où des partenariats locaux existaient par le passé en matière d'accès aux soins des populations démunies, les CG se sont souvent mis en retrait, se sentant dépossédés d'une forme d'autonomie quant aux réponses à apporter aux difficultés financières des personnes en marge de la CMU-C. Les co-financements par des collectivités territoriales apparaissent pourtant essentiels afin d'éviter aux CPAM de consacrer une part trop importante de leurs budgets d'Action sanitaire et sociale (ASS) à l'aide à la mutualisation.

Parallèlement, dans le cadre des appels d'offres effectués par les Caisses primaires auprès des OC, s'agissant des contrats éligibles au dispositif, les propositions de tarifs faites sont très élevées. Surtout pour les populations jugées les plus à risque, au premier rang desquelles les personnes âgées. Ces propositions ne sont, par ailleurs, que peu lisibles au regard des critères exigés par le ministère, notamment les garanties proposées dans les contrats. Dans le second rapport d'évaluation de la loi CMU, le Fonds avance ainsi que « *certaines organismes [complémentaires] ont juste souhaité afficher leur participation dans le dispositif tout en évitant [par leurs propositions] le public ciblé* » (Fonds CMU, 2003a). Les difficultés rencontrées dans les négociations des CPAM avec les Complémentaires santé sont multiples, rendant bien souvent impossible la mise en œuvre concrète des mesures de lissage de l'effet de seuil de la CMU-C ou/et renforçant la problématique du reste à payer par les bénéficiaires.

Pour différentes raisons donc, il n'est pas rare que les Caisses primaires refusent ou se retrouvent dans l'incapacité de proposer ce type de dispositifs, ne pouvant que difficilement soutenir leur coût de manière unilatérale, ni avancer sans l'appui solide et l'investissement des OC. Ainsi en 2003, le rapport d'activité du Fonds CMU reconnaît que « *même s'il est un peu tôt pour porter une appréciation sur les effets de ces dispositifs, le remède apporté n'a qu'un effet très partiel* » (Fonds CMU, 2003b). Par la même, dans le cadre de l'évaluation de la loi CMU, Jean François Chadelat émet un avis très nuancé concernant l'efficacité de l'aide à la mutualisation : « *le premier jugement que l'on peut porter, avec désormais quatre ans de*

recul, sur la loi CMU est globalement positif. Le second est que l'effet de seuil (...) constitue un problème resté à ce jour sans solution puisque les dispositifs pour payer une partie de la complémentaire ne fonctionnent pas. Trouver une solution, permettant de faire face à cette lacune importante, constitue sans nul doute le prochain chantier important à mener » (Fonds CMU, 2003a).

1.2 - Des alternatives pour améliorer la protection maladie des populations démunies

Dans cette perspective, des propositions émergent : elles visent soit à améliorer les paramètres de l'aide à la mutualisation et à trouver de nouvelles sources de financement de manière à pouvoir en augmenter le montant, soit à imaginer une solution alternative qui amènerait à rompre définitivement avec le principe de l'aide à la mutualisation. Le renforcement de l'accès à la complémentaire, principe privilégié par les pouvoirs publics depuis la fin des années 1990, n'est en effet pas le seul existant pour assurer l'accès aux soins des populations ayant de faibles ressources. Des pays européens ont emprunté d'autres voies, au premier rang desquelles celle du bouclier sanitaire pour réformer la prise en charge des dépenses de santé en période de restriction budgétaire (Briet, 2009). Avant d'en dire plus sur ce type de dispositif, présentons les propositions qui ont été faites par des acteurs de la protection maladie pour modifier certains paramètres de l'aide à la mutualisation.

1.21 - Des « variantes » conservant le même principe d'action

Dans son rapport de 2003 sur la répartition des rôles entre Assurance maladie obligatoire (AMO) et Assurance maladie complémentaire (AMC) dont nous avons déjà eu l'occasion de parler, Jean François Chadelat souligne « *la nécessité de mettre en place un dispositif d'aide à la mutualisation plus cohérent* ». Dans son esprit, il doit permettre de co-financer l'Assurance maladie complémentaire de base (AMCB) qu'il appelle de ses vœux en proposant une prise en charge beaucoup plus attractive que celle des divers dispositifs existants. Selon lui, « *personne ne doit renoncer à souscrire [l'AMCB] pour des raisons financières* » (Chadelat, 2003).

A. La proposition de Jean François Chadelat

Ainsi, le directeur du Fonds CMU propose « *pour aider l'accès à l'AMCB de concevoir une aide qui pourrait prendre la forme d'une aide personnalisée à l'achat attribuée sous conditions de ressources, sous la forme par exemple de chèques endossables seulement auprès d'une assurance complémentaire santé (...). Cette aide à l'achat serait maximale à P0, dégressive entre P0 et un plafond P1, pour lisser les effets de seuil, nulle au-delà de P1. L'aide à l'achat de l'AMCB a pour principal mérite de lisser les effets de seuil de la CMUC et de permettre une généralisation de l'accès à une complémentaire permettant, pour les Français les plus modestes, en combinaison avec les garanties proposées par le régime obligatoire, un accès garanti aux soins. Le plafond P1 devrait être fixé en fonction de deux critères principaux : inclure les bénéficiaires de minima sociaux (minimum vieillesse, AAH, API) qui sont pour l'heure exclus de la CMUC, prendre en compte la situation des retraités, chômeurs, bénéficiaires d'une pension d'invalidité, qui sont pour l'heure très fortement pénalisés lors de leur sortie d'un contrat collectif* ».

Extrait du Rapport Chadelat, 2003, p. 26.

L'auteur propose que la gestion des « *bons d'achat* » de l'AMCB soit confiée aux CAF, dans la mesure où celles-ci gèrent déjà de nombreux dispositifs nécessitant une étude des ressources des assurés. Les organismes de la branche Famille lui paraissent être les plus à même de calculer précisément les revenus et de déterminer ainsi le montant de l'aide pour chaque personne ou ménage qui en fait la demande. Ce point est mal reçu par les organismes de la branche maladie de la Sécurité sociale. D'autant plus que ce type d'aides, comme nous l'avons vu et malgré les difficultés d'application, existe déjà dans de nombreuses Caisses primaires :

« *Ca a été controversé, les CPAM se revendiquant comme interlocuteur naturel pour les droits touchant à l'Assurance maladie* ».

Extrait d'une discussion avec Jean François Chadelat, directeur du Fonds CMU, avril 2008.

Les CPAM voient dans cette proposition une remise en cause de leurs capacités à travailler sur les ressources des assurés, mission qu'elles ont pourtant déployées pour instruire et liquider les dossiers de la complémentaire CMU. Face à ces réactions, Jean François Chadelat signale qu'un partenariat entre les organismes des branches Famille et Maladie est

envisageable, en particulier s'il s'appuie sur « *un mécanisme de transmission d'informations entre CPAM et CAF* » (Chadelat, 2003). L'objectif surplombant est de favoriser la continuité des droits pour les personnes en situation de précarité. Ainsi lorsque celles-ci font une demande d'aide à la CAF, une information dématérialisée la signale à la CPAM afin de voir si un droit en matière de complémentaire gratuite ou aidée peut être également ouvert. Ce type de mécanismes existe déjà entre les CAF et les CPAM concernant les nouveaux allocataires du RMI qui ont un droit dit « automatique » à la CMU-C.

Derrière la proposition de gestion de l'aide à la mutualisation par les CAF, la volonté de Jean-François Chadelat est en réalité de trouver une raison pour déconnecter son financement des budgets d'Action sanitaire et sociale (ASS) des Caisses primaires. Il rejette, en effet, lui aussi l'idée que ce type de prestations soit financée par les cotisations des assurés sociaux. Il considère cette solution comme « *un palliatif* »⁷⁷ et souhaite que les CPAM retrouvent une marge de manœuvre quant à l'utilisation de leurs fonds d'ASS. Selon lui, leur vocation première est bien de répondre à des situations individuelles atypiques par le déblocage d'aides financières ponctuelles permettant de co-financer des soins.

Le directeur du Fonds propose d'ailleurs un autre mode de financement pour ces « bons d'achat » visant à permettre l'accès à une complémentaire santé, à savoir « *la révision des avantages fiscaux et sociaux des contrats complémentaires de santé collectifs et loi Madelin* » (Chadelat, 2003). Revenons rapidement sur ces avantages dont la remise en question est sujette à de fortes controverses : la loi Madelin du 11 février 1994 et la loi relative aux contrats collectifs d'entreprises facultatifs ou obligatoires, révisée en 2003, tendent à renforcer la protection sociale des travailleurs indépendants et salariés, en instaurant une déductibilité fiscale et une réduction de l'assiette sociale des cotisations de prévoyance complémentaire (Vasselle, 2008).

La loi Madelin, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, offre ainsi un avantage fiscal aux travailleurs indépendants qui veulent se constituer un complément de retraite ou souscrire à des garanties de prévoyance et de complémentaire santé. Elle leur donne la possibilité de déduire de leur bénéfice imposable les cotisations versées dans le cadre notamment de la souscription d'une complémentaire santé. La loi relative aux contrats

⁷⁷ Extrait d'une discussion avec Jean François Chadelat, avril 2008.

collectifs concerne, quant à elle, les travailleurs salariés. Elle leur permet de déduire de leurs revenus imposables le montant de la cotisation de leur complémentaire maladie, y compris la contribution de l'employeur. Elle comprend, parallèlement, des mécanismes au profit des entreprises proposant un contrat de protection Complémentaire santé collectif à leurs salariés. Celles-ci peuvent bénéficier d'une réduction de leurs charges sociales et d'une diminution de l'assiette des cotisations patronales (Vasselle, 2008).

D'après le directeur du Fonds CMU, la suppression de tout ou partie de ces avantages permettrait d'élaborer un nouveau mécanisme de financement pour l'aide à la mutualisation, d'en accroître le budget et, par conséquent, de situer son montant largement au-dessus du niveau des dispositifs existants. Le lissage de l'effet de seuil de la CMU-C serait ainsi, selon lui, nettement plus efficace. Mais ce financement potentiel n'est pas perçu d'un très bon œil. Les OC s'inquiètent de perdre des clients si les entreprises ne bénéficient plus d'avantages fiscaux et sociaux lorsqu'elles souscrivent un contrat collectif. Les employeurs craignent quant à eux de ne plus pouvoir proposer de Complémentaires santé à leurs salariés, sauf à leur en faire payer une part plus importante ou à réduire le niveau des garanties. L'accès des plus démunis à une aide à la mutualisation se ferait alors au détriment d'autres catégories de population.

B. Les propositions des Fédérations d'organismes complémentaires

On voit que l'aide proposée au sein du rapport Chadelat reste dans le cadre du paiement d'une partie de la cotisation à un contrat complémentaire maladie. Elle s'éloigne cependant de l'existant de part son montant, son caractère dégressif et surtout son financement. Les acteurs publics ne sont pas seuls à réfléchir à un moyen pour « solvabiliser » les dépenses maladie des populations ayant des ressources modestes mais n'entrant pas dans la cible de la CMU-C. Bien que toutes les familles d'OC ne s'investissent pas pleinement dans les dispositifs d'aide à la mutualisation existants, certaines Fédérations font, malgré tout, des propositions concernant la protection de ces populations. Dans certains cas, elles envisagent même de modifier plus radicalement le système d'accès aux complémentaires afin d'élargir la population solvable, voire d'universaliser l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie (HCAAM, 2005a). Bien entendu, les fédérations voient leur intérêt dans l'élargissement de la population cible des aides, à condition que celles-ci soient suffisamment attractives pour

permettre effectivement aux personnes de souscrire des contrats proposés par les Organismes complémentaires (OC).

Il est important de souligner que les différentes familles d'OC ne partagent globalement pas les mêmes logiques d'action, ni des valeurs identiques et qu'elles ne se positionnent pas toutes de la même manière s'agissant des populations les plus modestes. Elles ne sont, en outre, pas tenues aux mêmes obligations s'agissant notamment de la sélection de leurs souscripteurs, en fonction de leur situation sociale, de leur âge ou des risques qu'ils présentent en matière de maladie.

Avant d'évoquer les propositions faites en matière d'aide à la mutualisation et pour bien les comprendre, revenons rapidement sur les acteurs qui se positionnent sur le marché de la protection complémentaire. Au début des années 2000, il est détenu à 56% par les mutuelles, à 27% par les assureurs privés et à 17% par les institutions de la prévoyance. La protection complémentaire santé représente 90% de l'activité des mutuelles, acteurs historiques du secteur, tandis qu'elle ne participe au chiffre d'affaires des assureurs privés qu'à hauteur de 7%. Les mutuelles couvrent, par la même, plus largement des personnes à revenus modestes et des personnes âgées (Cohen Solal, 2012).

Les fédérations nationales de mutuelles, en particulier la Mutualité française (FNMF), rappellent d'ailleurs régulièrement leur engagement social, rejoignant l'intérêt général, et s'expriment régulièrement contre une mise en ruine de la Sécurité sociale. Jean-Martin Cohen Solal, directeur général de la FNMF, souligne en ce sens que « *le code génétique des mutuelles les a conduites à faire de l'accès aux soins leur première préoccupation et non à vendre de l'assurance à tout prix* » (Cohen Solal, 2012). Dans cette perspective, les fédérations redoutent que « *le marché profitable de la complémentaire santé attire des acteurs proposant des offres commercialement intéressantes mais qui risquent de créer des poches d'exclusion et constituer un désavantage concurrentiel pour les acteurs qui garantissent les droits des populations fragiles socialement ou médicalement* » (Cohen Solal, 2012).

Dans ce contexte, ce sont bien les fédérations de mutuelles qui prennent davantage part aux discussions relatives aux dispositifs qui peuvent être mis en place pour les populations fragiles. Les fédérations d'assureurs ne sont toutefois pas en reste, bien que plus en retrait sur

le sujet et poursuivant des intérêts différents. Pour autant, l'ensemble des acteurs du marché de la complémentaire cherchent à signaler, par leurs propositions relatives à la généralisation de l'accès à la complémentaire notamment, leur volonté et leur capacité à devenir de véritables acteurs du système de santé, non pas seulement de son financement mais bien aussi de sa régulation.

Citons ici deux projets concernant une extension potentielle des aides à la mutualisation, élaborés en 2003 en amont de la réforme Douste-Blazy, par la Fédération française des sociétés d'assurance (FNSA) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). La FFSA préconise la mise en place d'un chèque d'aide personnalisée à la santé -chèque APS- pour favoriser l'accès des plus démunis à une couverture complémentaire. Il serait co-financé par une dotation de l'Etat et par les sociétés d'assurance volontaires et son montant serait majoré en fonction de l'âge. La FFSA proposait déjà la mise en place de ce dispositif au moment de la genèse de la loi CMU.

Lors de son 37^{ème} congrès en juin 2003, la FNMF propose, quant à elle, un projet d'aide universelle très ambitieux prenant la forme d'un crédit d'impôt dont le montant -155 euros par adulte et 40 euros par enfant- peut être déduit de l'impôt sur le revenu. La population cible envisagée est plus large que celle des aides à la mutualisation qui ont vu le jour depuis 2000, puisque le plafond de ressources est nettement plus élevé, pour décroître ensuite de manière progressive en fonction des revenus des personnes potentiellement éligibles (HCAAM, 2005a). L'aide a vocation, selon la Mutualité française, à faire entrer dans le droit commun de la complémentaire santé des personnes qui en sont encore exclues.

Ces dispositifs seraient, l'un et l'autre, très coûteux. D'une part parce que les personnes pouvant potentiellement les demander seraient plus nombreuses -quasiment 9 millions de personnes pour l'aide de la FNMF qui, comme son nom l'indique, a vocation à être universelle-, mais aussi parce que les montants des aides seraient accrus afin de contrer la problématique des restes à payer. Les OC ont intérêt à cela si l'objectif est que les personnes leur achètent effectivement des contrats complémentaires. Cependant, le point relatif aux financements des dispositifs n'est jamais clairement posé et tranché : à chaque fois, des recettes hybrides sont envisagées, mêlant dotation de l'Etat, des collectivités et des organismes privés. Cela est problématique alors que les budgets publics sont contraints et que toutes les fédérations d'OC ne sont pas unanimement prêtes à supporter une partie du coût de

ces aides, alors qu'elles voient déjà leur contribution au financement de la CMU-C augmenter régulièrement.

Les exemples que nous venons de citer ne sont pas identiques en tout point aux aides effectivement instaurées par l'Assurance maladie et les pouvoirs publics depuis 2000 ; ils en restent cependant proches, dans la mesure où ils relèvent tous du principe général de l'aide à la mutualisation. On trouve ainsi dans l'ensemble de ces projets, certes à des degrés différents, deux éléments communs : ils intègrent tous une diminution du taux d'effort des ménages pour leurs contrats de complémentaire et ils recherchent à instaurer des règles de mutualisation permettant de contourner la logique de tarification au risque, souvent présente en matière de complémentaire santé.

Face à ces variantes paramétriques de l'aide à la complémentaire, une autre voie est également défendue pour renforcer la protection maladie des populations démunies. Elle est portée en particulier par des Hauts fonctionnaires, au premier rang desquels Bertrand Fragonard président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) entre 2004 et 2009. Cette seconde voie s'éloigne de l'aide à la mutualisation et propose une diminution des RAC en matière de santé par une technique de plafonnement, éventuellement modulable en fonction du revenu. Selon ses défenseurs, elle peut en outre limiter les complications administratives souvent rencontrées pour faire valoir les droits à la CMU-C ou aux dispositifs existants en matière d'aide à la complémentaire (Cornilleau et Debrand, 2011). La technique du plafonnement ne nécessite en effet pas de démarches particulières pour les bénéficiaires potentiels, dans la mesure où elle peut se déclencher automatiquement à partir des revenus déclarés par les ménages aux services fiscaux. Les deux approches diffèrent donc et n'emportent pas les mêmes enjeux pour les acteurs de la protection maladie. Elles poursuivent toutefois un même objectif : soulager financièrement les personnes ayant de faibles ressources afin qu'elles accèdent aux soins, dans un contexte de repli de l'Assurance maladie obligatoire (AMO).

1.22 - Le « bouclier sanitaire » où l'abandon potentiel de l'aide à la mutualisation

Cette seconde voie, plus connue sous le nom de « bouclier sanitaire », a pour objectif d'instituer un plafond aux RAC supportés par les patients (Briet, 2009). Leur augmentation est bien ce qui a conduit au développement du rôle des complémentaires, mais aussi de prestations pour pouvoir y accéder de manière la plus égalitaire possible. Pour certains acteurs publics, l'accroissement régulier de la participation des OC dans la prise en charge des dépenses de santé n'est toutefois pas inéluctable, ni d'ailleurs nécessairement souhaitable (Tabuteau, 2010). Une autre direction peut être prise : la création d'un bouclier sanitaire visant à contrôler le niveau des RAC -mais pas des dépassements d'honoraires- afin qu'ils ne s'élèvent pas au-dessus d'un certain seuil. Le bouclier vise aussi à faire disparaître les mécanismes complexes d'exonération et la prise en charge en Affection longue durée (ALD) qui devient de plus en plus coûteuse pour l'Assurance maladie (Bras, Grass et Obrecht, 2007).

Comment le bouclier fonctionne-t-il concrètement ? De manière schématique, on peut dire que les pouvoirs publics déterminent un seuil maximal que les RAC ne peuvent dépasser pour un assuré et sur une année : en dessous de celui-ci, les tickets modérateurs et autres participations forfaitaires en matière de santé restent à la charge de l'assuré. Au-delà, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) garantit une couverture intégrale des soins. Annuellement, le montant des RAC ne peut donc plus dépasser un certain niveau, ni atteindre des sommes exceptionnelles. La mise en place du bouclier vise, en premier lieu, les assurés qui n'ont aucune couverture complémentaire et qui supportent, de ce fait, des Restes à charge (RAC) élevés puisqu'ils doivent les assumer dans leur intégralité.

Mais elle a parallèlement vocation à lisser l'effet de seuil qui sépare les bénéficiaires potentiels des aides à la mutualisation de ceux de la CMUC. En effet, si les allocataires de la CMU-C bénéficient d'une exonération totale du ticket modérateur et des autres participations forfaitaires, les personnes dont les revenus se situent légèrement au-dessus de son plafond ne bénéficient d'aucun mécanisme d'atténuation de leurs dépenses maladie. Avec le bouclier, c'est donc bien aussi la protection de cette population particulière qui est souhaitée. Le plafonnement des RAC que les assurés peuvent supporter sur une année constitue une protection contre une participation financière trop élevée et peut ainsi potentiellement réduire le renoncement aux soins, surtout si le bouclier est modulé en fonction du revenu (Briet et Fragonard, 2007).

Le plafond instauré pour le bouclier peut en effet être identique pour tous ou varier en fonction des ressources. Si l'objectif est de prendre en charge de manière plus efficace les personnes démunies et modestes, la modulation semble indispensable, comme le souligne Bertrand Fragonard. En effet, en se référant au taux d'effort, on sait depuis plusieurs années déjà qu'un montant identique de RAC implique un effort d'autant plus élevé que le revenu des ménages est faible (Kambia-Chopin, Perronnin, Pierre et Rochereau, 2008).

Par contre, dans cette perspective de modulation liée aux ressources, le bouclier sanitaire remet définitivement en cause le principe de l'aide à la mutualisation, voire potentiellement de la CMU-C. Si cette dernière peut éventuellement être intégrée au sein du bouclier et constituer la « tranche zéro » du plafonnement des RAC, l'aide à la complémentaire n'a plus sa raison d'être ; la première tranche de revenus au-dessus de la CMU-C prenant sa place :

« Même si la commande du rapport sur le bouclier sanitaire est venue un peu plus tard, il est clair que dès les premiers ratés des aides pour acheter une complémentaire, cette possibilité a été discutée. Avant d'ailleurs. Il est clair que tout le monde ne partage pas l'idée d'un rôle encore plus important pour les OC, le service public a des spécificités et une vocation qu'on ne doit pas oublier ».

Entretien avec Bertrand Fragonard, ancien directeur de la CNAF et de la CNAMTS, président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, avril 2009.

Ainsi, face au piétinement des aides à la mutualisation, à leur capacité limitée à résoudre le problème de l'effet de seuil et à apporter une réponse forte aux inégalités financières d'accès aux soins, les voies proposées sont diverses. Les acteurs qui prennent part au débat aussi : organismes nationaux et locaux des régimes d'Assurance maladie de base, Fédérations d'organismes complémentaires, « élites du Welfare ». Si la nécessité de faire évoluer les mécanismes de protection maladie des populations les plus modestes est partagée, les solutions préconisées diffèrent. Les options revêtent, dans tous les cas, des enjeux forts pour les populations concernées, mais aussi pour les acteurs de la protection maladie.

Le sujet est sensible, d'une part, car il s'agit bien d'améliorer la couverture des plus démunis, sans toutefois détériorer encore davantage la prise en charge des soins pour le reste de la population. En ce sens, l'un des risques liés au bouclier sanitaire est d'entraîner une réduction

de la couverture pour une grande partie de la population. Risque d'autant plus prégnant que la modulation à la hausse du seuil constituerait un moyen assez aisé de combler les déficits de l'Assurance maladie (Cornilleau et Debrand, 2011). D'autre part, le partage des rôles entre acteurs n'est pas le même en fonction des options envisagées, les modes de financement non plus. Là où le bouclier sanitaire tend à consolider le poids des régimes de base et leur « monopole », les dispositifs d'aide à la mutualisation, en ouvrant davantage la porte aux complémentaires, entraînent une évolution de leur rôle, jusqu'à leur accorder une place réelle dans la régulation et la gestion du risque maladie.

Le rapport Chadelat prend, par exemple, clairement position en faveur du renforcement des OC dans la gestion du risque et imagine le visage d'une nouvelle coopération à travers la proposition relative à l'AMCB. Pour autant, il refuse que les aides à la mutualisation soient financées par les cotisations sociales, comme c'est le cas avec le financement sur les budgets d'Action sanitaire et sociale (ASS) des CPAM. En ce sens, il propose une refonte générale des mécanismes de financement des Complémentaires santé, incluant la révision des avantages fiscaux et sociaux relatifs à la protection complémentaire d'entreprise. A l'opposé, les tenants du bouclier sanitaire cherchent à mettre un coup d'arrêt au transfert des charges vers l'Assurance maladie complémentaire (AMC) et à consolider l'implication originelle du service public de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) dans la prise en charge des dépenses de santé. Dans cette perspective, la généralisation de l'accès à la complémentaire n'est pas la direction privilégiée.

La transformation de la couverture maladie, obligatoire et complémentaire, des populations démunies est sous tendue par des enjeux politiques forts et questionne les positionnements de multiples acteurs. Ceux-ci, en mettant en exergue certaines solutions plutôt que d'autres, tendent à préserver des intérêts propres et à valoriser des logiques d'action en particulier. Les interrogations se posent avec d'autant plus de vigueur à l'heure où la réforme globale de l'Assurance maladie par le gouvernement Chirac voit le jour.

SECTION 2.

LE NON-RECOURS AU CŒUR DE LA TOURMENTE DE L'AIDE A LA MUTUALISATION

Malgré les échecs des précédentes mesures et tout en sachant que l'aide à la mutualisation est un mécanisme politiquement controversé et que des alternatives existent, Philippe Douste-Blazy persiste dans cette direction en créant un nouveau dispositif de la sorte. Celui-ci porte, comme nous allons le voir, les stigmates des tentatives antérieures, le poids des difficultés organisationnelles entre organismes de l'Assurance maladie de base et complémentaire et des controverses politiques relatives au renforcement de l'interpénétration entre ces organismes. Le poids aussi de quatre années sans réel succès des dispositifs d'aide à la mutualisation concernant l'atténuation de l'effet de seuil de la CMU-C.

L'instauration du crédit d'impôt national est donc immédiatement l'objet de critiques, tant du point de vue organisationnel que politique. Il peine d'ailleurs dès le départ à être mis en œuvre, même si le Fonds CMU-Crée une interface entre les différents acteurs ; interface qui n'existait pas dans les précédents dispositifs financés en direct aux OC par les CPAM. Dans ce contexte, les protagonistes de la protection maladie s'intéressent rapidement à la question du non-recours, en particulier à son chiffre, et ce pour des raisons contradictoires.

Le Fonds CMU élabore un système de suivi de la montée en charge et produit des chiffres qui montrent une atteinte assez faible des bénéficiaires potentiels par le crédit d'impôt. Au bout d'une année, seuls un peu plus de 15% d'entre eux ont demandé leurs droits et obtenu une attestation de leur CPAM, tandis que 8% ont effectivement utilisé cette attestation pour obtenir une complémentaire ou payer une partie de celle dont ils bénéficiaient préalablement.

Les détracteurs du crédit d'impôt se saisissent de ces chiffres pour conforter leur position et signaler en particulier le fait que, malgré l'existence de ce type de dispositif, de nombreuses personnes restent sans protection complémentaire. Ils interrogent ainsi l'efficacité, mais aussi la pertinence du crédit d'impôt et rappellent qu'ils existent des solutions alternatives. Face à ces attaques, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé réplique. Elle veut défendre ce dispositif et le choix gouvernemental fait à travers la réforme Douste-Blazy

de préserver une aide se trouvant au croisement des deux mondes de l'Assurance maladie. En ce sens, elle entrevoit dans le non-recours une possibilité de faire monter en charge le crédit d'impôt. Puisque des personnes ne sont pas venues demander leurs droits, il faut, selon le directeur de la DSS, aller les chercher et, en premier lieu, les informer de leur éligibilité potentielle. Entre argument de la suppression du crédit d'impôt et levier de renforcement de son effectivité, le non-recours balance.

2.1 - L'affirmation du principe de l'aide à la mutualisation, un choix controversé

Malgré les critiques portées au principe de l'aide à la complémentaire et alors que d'autres solutions émergent pour atténuer l'effet de seuil de la CMU-C, Philippe Douste-Blazy persiste en inscrivant le « crédit d'impôt » dans la loi du 13 août 2004, par un amendement gouvernemental. L'article 56 crée ce nouveau dispositif appelé à se substituer, à compter du 1er janvier 2005, à l'ancien, ou devrions-nous plutôt dire, aux anciens dispositifs d'aide à la mutualisation. Le crédit d'impôt s'approche de la proposition faite par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), sans toutefois aller aussi loin que celle-ci, notamment en ce qui concerne le plafond de ressources du dispositif.

2.11 - L'instauration du « crédit d'impôt » national en 2004

En instaurant le crédit d'impôt national, Philippe Douste-Blazy est cohérent avec ses prises de position passées. Rappelons qu'en 1999, il a été un fervent détracteur de la CMU-C au motif qu'elle rompait le principe d'égalité dans l'accès aux soins à cause de son plafond excluant des personnes ayant elles aussi des ressources modestes. Ainsi quelques années plus tard et malgré les sérieuses limites des dispositifs visant à améliorer l'accès à une complémentaire par une aide à l'achat, le ministre choisit de conforter le principe d'aide à la mutualisation pour atténuer l'effet de seuil de la CMU-C et de maintenir un dispositif encadré par des règles identiques sur l'ensemble du territoire. La logique du bouclier sanitaire est écartée.

Le crédit d'impôt, puisque c'est ainsi qu'il est à l'époque dénommé, donne droit à une réduction sur le montant de la cotisation payée pour avoir une complémentaire maladie. Sa population cible est estimée à environ 2 millions de personnes. Il diffère des aides antérieures par ses conditions d'attribution -les personnes dont les ressources ne dépassent pas de plus de

15% le plafond de la CMU-C, au lieu de 10% auparavant, peuvent en bénéficier-, son montant, variable en fonction de l'âge, et le type de contrats complémentaires auxquels il donne accès. Durant la première année de mise en œuvre du crédit d'impôt, ses bénéficiaires peuvent choisir n'importe quel contrat de complémentaire santé, dès lors qu'il est à adhésion individuelle. Le dispositif ne s'applique pas, en effet, aux contrats collectifs à adhésion obligatoire (Fonds CMU, 2005). A partir de 2006, les contrats éligibles au crédit d'impôt doivent en revanche être « responsables », selon les termes de la loi de 2004 que nous avons précédemment précisés.

Montant du crédit d'impôt en fonction de l'âge des bénéficiaires

Age des bénéficiaires	Montant du crédit d'impôt en 2005
Moins de 25 ans	75 euros
Entre 25 et 59 ans	150 euros
Plus de 60 ans	250 euros

Sources : rapport d'activité du Fonds CMU pour 2005.

Concernant le financement du dispositif, un article du Code de la Sécurité sociale prévoit une dotation globale de l'Assurance maladie ; nous l'avons expliqué dans le premier chapitre de ce travail. Le financement, même partiel, par des acteurs privés n'est donc initialement pas retenu. D'une manière générale, le crédit d'impôt demeure proche des dispositifs en vigueur durant les années précédentes. Dans ce cadre, sa dénomination peu explicite n'est pas un hasard, mais bien un choix de la Direction de la sécurité sociale (DSS) pour donner l'impression qu'un dispositif nouveau est né et que les propositions de certains acteurs, notamment celle de la Mutualité française qui souhaitait élaborer un « vrai » crédit d'impôt, ont été entendues. Ceci n'est toutefois qu'un trompe-l'œil et l'annonce de la création du crédit d'impôt n'est pas nécessairement bien reçue par tous les acteurs du champ de la protection maladie.

Ils ne sont pas dupes de ce choix de maintenir un dispositif de type aide à la mutualisation, très proche de ce qui a existé durant les années précédentes. Bien entendu, ceux parmi « l'élite du *Welfare* » qui préconisent des solutions complètement différentes pour protéger les populations modestes ne soutiennent pas ce choix. Mais les critiques viennent aussi des

organismes chargés d'être les principaux opérateurs du crédit d'impôt, à savoir les régimes de base et les Organismes complémentaires. Les traces des anciennes aides et des échecs passés sont dans toutes les têtes. Le faible taux de recours (0,46%) s'agissant du dispositif souhaité par E. Guigou et mesuré par la CNAMTS en 2003, est brandi par ceux qui sont en désaccord avec la mise en place du crédit d'impôt. Les obstacles organisationnels qui ont gêné la mise en place du précédent dispositif restent vivaces et les oppositions politiques à ce type de mécanismes se renforcent. La réforme Douste-Blazy relance ainsi les discussions sur la couverture maladie des populations démunies et sur les solutions mises en œuvre pour améliorer la situation en la matière.

2.12 - Des tensions organisationnelles aux débats politiques sur la restructuration de l'Assurance maladie

Les discussions sont vives entre les acteurs concernés par le crédit d'impôt, alors même que sa mise en œuvre nécessite leur participation active et leur coordination. Les régimes d'Assurance maladie de base voient d'un mauvais œil la persistance du ministère à vouloir mettre en place un dispositif national d'aide à la mutualisation, et ce malgré les difficultés organisationnelles d'application des précédents. L'inquiétude porte en particulier sur les relations quotidiennes entre les acteurs de l'AMO et les OC concernant la protection des personnes ayant des ressources modestes. Des tensions existent en effet.

Les CPAM reprochent notamment à certaines complémentaires de ne pas avoir mis en place des contrats suffisamment attractifs pour les bénéficiaires des précédentes aides à la mutualisation. Les points de désaccords entre les acteurs de l'AMO et de l'AMC ne concernent pas seulement ce type d'aides mais portent aussi sur la CMU-C. Des difficultés techniques persistantes, relatives au tiers payant coordonné, viennent en outre complexifier quotidiennement les relations entre organismes publics et privés. De manière surplombante, les OC accusent les CPAM d'avoir monopolisé la gestion de la CMU-C, ne respectant par conséquent pas le droit d'option inscrit dans la loi (Fonds CMU, 2002). Rappelons que dans le cadre de ce droit, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir, comme gestionnaire de leur contrat, soit leur CPAM, soit un Organisme complémentaire inscrit sur une liste. Fin 2004, 13% des bénéficiaires sont effectivement gérés par un OC tandis que les organismes locaux de l'Assurance maladie gèrent le reste (Fonds CMU, 2005).

Bien que la situation soit spécifique d'une circonscription à une autre -la question du mode de gestion ayant une composante locale forte, liée à l'histoire du mouvement mutualiste- et en fonction des grandes « familles » d'Organismes complémentaires⁷⁸ (Fonds CMU, 2003), une chose est certaine : l'investissement global des OC dans le dispositif CMU ne fait que décroître au fil des années. Cela peut avoir des conséquences sur la mise en œuvre du crédit d'impôt :

« La situation par rapport aux OC à l'époque faisait craindre une faible implication dans le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire. Comme elle l'était avec les premières tentatives : marginale. Et en baisse constante pour la CMU-C ».

Entretien avec Bruno Néroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

En effet, la période de sa création est aussi celle du désengagement de bon nombre de ces organismes de la liste des gestionnaires potentiels de la CMU-C. Ainsi entre 2001 et 2005, celle-ci est passée de 1 696 organismes à 1 177 (Fonds CMU, 2005). Alors que les organismes d'Assurance maladie de base et complémentaire sortent en plus d'une période où ils n'ont pas réussi à appliquer le dispositif instauré par Elisabeth Guigou en 2002, la mise en œuvre du crédit d'impôt inquiète et suscite de vives réactions que ce soit au niveau de la CNAMTS, des CPAM ou des OC.

Le Fonds CMU se trouve au cœur de ces tensions. Dans le cadre des dispositifs précédents, le budget des aides à la mutualisation est géré directement par les CPAM. La réforme Douste-Blazy positionne en revanche le Fonds comme financeur du crédit d'impôt. C'est lui qui reçoit désormais la dotation de l'Assurance maladie et qui effectue les versements aux OC gestionnaires des contrats co-financés par l'aide à la complémentaire. Ainsi, si le financement de la CMU-C l'a déjà mis concrètement en relation avec 260 OC, le crédit d'impôt lui demande de travailler quotidiennement avec près de 600. Dès le début du second semestre 2004, le Fonds s'attelle à l'élaboration des modalités pratiques de mise en œuvre du dispositif et développe progressivement son positionnement de pivot, également pour le crédit d'impôt. Dans cette perspective, il cherche à résoudre les problèmes purement techniques, relatifs en

⁷⁸ Rappelons que l'on compte trois grandes familles d'organismes dans le domaine de la protection santé : les mutuelles, la société de prévoyance et les assurances privées. Les mutuelles sont quantitativement les plus impliquées dans la gestion de la CMU-C.

particulier à l'utilisation de nouvelles applications informatiques par l'ensemble des acteurs. Il tend parallèlement à organiser la circulation de l'information entre les organismes et vers lui, créant ainsi une interface entre acteurs de base et complémentaire.

Au delà de ces considérations relatives à l'application des dispositifs, la décision gouvernementale de confirmer le principe de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire est source de tensions car elle interroge, à nouveau, les choix politiques en matière de protection maladie des populations démunies. C'est bien les concernant que les enjeux de prise en charge des dépenses de santé entre acteurs publics et privés se cristallisent et sont visibles. Le périmètre d'action de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire évolue pour l'ensemble des assurés, mais de manière plus silencieuse comme le souligne le titre de l'article de Didier Tabuteau « La métamorphose silencieuse de l'Assurance maladie » paru en 2010 dans la revue *Droit social*.

En effet, tant que les populations peuvent assumer les Restes à charge (RAC) des soins ou bénéficier d'une complémentaire de relativement bonne qualité, le recul progressif de la Sécurité sociale de base, bien que sensible, est pensée comme une évolution certainement nécessaire pour maintenir les dépenses maladie socialisées à un niveau supportable. Mais pour les populations démunies qui rencontrent des difficultés pour accéder financièrement à des soins, la question de la couverture est nettement plus problématique. Dans cette perspective, les réponses apportées par les pouvoirs publics ne sont pas anodines. Mettre en place un dispositif pour « solvabiliser » les dépenses de santé des personnes ayant de faibles ressources est un travail d'équilibriste, non dénué d'intérêts souvent contradictoires. Car nous l'avons souligné, les positions défendues par les acteurs du système de protection maladie ne sont pas identiques, alors même que le constat d'une nécessaire clarification des rôles dans la régulation et le financement du système est partagé :

« Tous ces éléments sont les pièces d'un puzzle. Chaque pièce du puzzle, personne ne la conteste, c'est l'assemblage qui pose problème. A partir du moment où il y a deux acteurs et que l'on veut les conserver tous les deux. Il y avait un choix à faire au départ. Si on devait construire quelque chose ex nihilo, on ne le construirait sûrement pas comme cela (...). Mais les complémentaires existent, donc il faut leur donner un rôle clair ».

Extrait de l'entretien de Jean-François Chadelat pour la revue *Elan social*, 2003.

Au sein de ce puzzle, les dispositifs créés pour améliorer l'accès à la complémentaire hybrident les sources de financement, confirment l'absence globale de régulation des dépenses d'Assurance maladie et complexifient la coexistence de l'AMO et de l'AMC. C'est une nouvelle fois le cas avec le crédit d'impôt et c'est ce qui pose problème à la plupart des acteurs du système, comme le signale le HCAAM en 2005 :

« En affectant la solvabilisation des dépenses de santé des ménages aux couvertures complémentaires, on consolide le système dualiste de co-paiement qui superpose régime de base et complémentaire (...). Dès lors qu'on engagerait des crédits importants dans de tels dispositifs, comme celui du crédit d'impôt, dont on peut par ailleurs douter de l'impact, on peut se demander s'il ne serait pas plus opportun de les affecter à la restructuration des barèmes de remboursement du régime de base ou au financement d'autres dispositifs. On mesure, par là, l'ambiguïté de toute démarche tendant à généraliser et uniformiser les couvertures complémentaires par une aide publique : elle pose inévitablement le problème de la pertinence de la coexistence de deux payeurs « universels » sur un même risque ».

Extrait du rapport annuel du HCAAM, *La répartition de l'effort, l'évolution des restes à charge et l'équité du financement*, 2005.

On comprend mieux, à travers cet extrait, les enjeux politiques des décisions visant à généraliser l'accès à la complémentaire santé. En lisant entre les lignes, on perçoit également bien les tensions financières et institutionnelles induites par le dispositif du crédit d'impôt, qui conforte l'existence de deux payeurs pour les dépenses maladie et fait financer des contrats complémentaires privés par des deniers publics. On entrevoit, par la même, une tendance du HCAAM à mettre en doute l'impact du dispositif et une volonté de réfléchir à une direction alternative pour tenter de solutionner le problème de l'accès financier aux soins. Le président du Haut conseil de l'époque est l'un des acteurs qui appellent l'instauration du bouclier sanitaire de ses vœux. Le HCAAM indique, en outre, que les leviers de lutte contre les inégalités sociales de santé résident également en amont du système de soins, dans la réduction des inégalités de richesse, d'éducation et de conditions générales de vie (HCAAM, 2005b). Dans son avis sur la protection sociale complémentaire de février 2005, il soulève d'ailleurs la question « *du possible redéploiement des dépenses publiques visant pour l'instant à financer l'aide à la mutualisation* » (HCAAM, 2005b).

Ainsi et à l'inverse d'autres acteurs qui poussent à une interpénétration encore plus forte de l'Assurance maladie obligatoire et de l'Assurance maladie complémentaire, le HCAAM souligne dès sa création que le déport de la prise en charge des dépenses de santé vers les OC n'est pas nécessairement la direction à privilégier. Au sein de son rapport fondateur de janvier 2004, il explique ainsi que « *le déplacement radical du partage entre les régimes de base et les couvertures complémentaires n'est pas souhaitable et qu'il est possible de conforter le rôle du service public de base de l'Assurance maladie* » (HCAAM, 2004).

2.2 - Le non-recours : argument de la suppression du crédit d'impôt et/ou levier pour renforcer son effectivité

Dans ce contexte, la question du non-recours au crédit d'impôt est immédiatement posée par ceux qui sont en désaccord avec le choix fait par le gouvernement en 2004, que ce soit pour des considérations touchant à la mise en œuvre quotidienne du dispositif, aux obstacles institutionnels ou aux enjeux financiers et politiques surplombants. Alors que les acteurs de la protection maladie commencent tout juste à entrevoir le non-recours à la CMU-C comme problématique et comme un argument potentiel dans les débats relatifs aux transformations de l'Assurance maladie, le processus est plus rapide en ce qui concerne le crédit d'impôt :

« S'il s'avérait élevé, le non-recours pouvait être un argument pour dénoncer le crédit d'impôt et mettre en doute sa légitimité ».

Entretien avec Bertrand Fragonard, ancien directeur de la CNAF et de la CNAMTS, ancien président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, avril 2009.

La mesure du phénomène est ainsi souhaitée afin de suivre l'atteinte effective de la population ciblée par le dispositif. Dans cette perspective, le Fonds CMU élabore rapidement les procédures informatiques pour suivre la montée en charge. Il prend en compte deux informations principales : le nombre d'attestations délivrées par les CPAM et le nombre de bénéficiaires déclarés par les OC (Fonds CMU, 2005).

« Très vite, on a voulu savoir où on en était. On peut se dire que c'est normal qu'on suive le démarrage d'un dispositif. Mais là c'était une vigilance un peu particulière... On avait le non-recours en tête, peut-être parce que pour les précédentes aides ça avait été un problème, parce qu'elles n'avaient pas été beaucoup utilisées. Ce n'était pas, on regarde combien on a

de gens qui bénéficient du crédit d'impôt mais plutôt, vous voyez on a tant de gens qui ne viennent pas demander ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Au 31 décembre 2005, il ressort du suivi effectué par le Fonds que seulement 374 000 attestations ont été délivrées. En rapport avec les 2 millions de bénéficiaires potentiels, le taux de recours est de 18%, le non-recours atteignant donc 82%. Après une année d'existence, le crédit d'impôt peine ainsi à trouver son public. Dans son rapport d'activité, le Fonds CMU souligne « *un écart important par rapport à la population cible* » (Fonds CMU, 2005).

2.21 - Une mise en doute de l'efficacité et de la pertinence du crédit d'impôt

Ce taux et les chiffres de la montée en charge présentés régulièrement par le Fonds CMU font passer rapidement le non-recours du rang de question à poser, à celui de problème. En général pourtant, dans les premières années de mise en oeuvre d'un droit, le non-recours est peu évoqué, les acteurs avançant presque inévitablement une période de montée en charge (Math, 2003). Mais le crédit d'impôt porte en lui les échecs des précédents dispositifs auquel il s'apparente. Son déploiement est assombri par les tensions relatives au partage des rôles entre les acteurs de la protection maladie, au financement des dispositifs en période de restriction budgétaire aussi. Dans ces conditions, les taux de non-recours deviennent immédiatement des arguments de contestation du dispositif par ses détracteurs. Contestation de son efficacité à apporter une réponse aux difficultés financières d'accès aux soins des personnes en marge de la CMU-C, mais également de sa pertinence au regard des besoins et des caractéristiques de cette population.

On observe une double contestation alors même qu'aucun élément ne permet à cette période d'expliquer solidement pourquoi les personnes ne viennent pas demander leurs droits. Mais là encore, le crédit d'impôt est délégitimé par les raisons du non-recours aux anciens dispositifs. Ainsi, la question du reste à payer pour leur complémentaire par des personnes n'ayant pas des revenus élevés, déjà soulevée par la CNAMTS en 2003, est avancée, interrogeant clairement le choix fait par les acteurs étatiques de privilégier un dispositif d'aide à la

mutualisation par rapport à d'autres solutions qui auraient permis d'éviter cet écueil, ainsi que le suggère Jacques Amalric de la CNAMTS :

« Les chiffres ont été regardés de près parce qu'il y avait un passif, c'est une aide qui traîne quelques casseroles. Parce que beaucoup de choses ont aussi été présupposées sur les raisons du non-recours. Le reste à payer après déduction de ce type d'aide est revenu sur le tapis ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009

Concernant la CMU-C, l'attention croissante portée au non-recours ne s'explique pas par des interrogations sur sa pertinence. Un relatif consensus existe concernant la création d'une complémentaire gratuite pour les ménages rencontrant des difficultés financières d'accès aux soins. Il y a, bien entendu, des désaccords sur certains paramétrages, sur les financements aussi, mais ils ne remettent pas fondamentalement en cause la CMU-C, ni son bien fondé. A mesure que le non-recours en la matière se positionne comme un sujet de préoccupation, les acteurs du Fonds CMU et de la DSS s'accordent aussi pour dire que ce sont les modalités d'accès à la CMU-C qui peuvent poser problème et entraver sa capacité à réduire davantage les inégalités d'accès aux soins. Ce n'est pas cette offre publique en elle-même qui est mise en cause. Les tenants du bouclier sanitaire expliquent, en l'occurrence, que même si un tel dispositif est mis en place, la CMU-C ne serait pas supprimée, mais intégrée au bouclier. Ce qui nous l'avons dit n'est pas le cas de l'aide à la mutualisation.

En revanche, les chiffres relatifs au non-recours au crédit d'impôt, couplés à des suppositions concernant les causes de la faible montée en charge, attisent les interrogations à la fois sur son efficacité à rapprocher les personnes modestes de la protection complémentaire et sur la pertinence des choix politiques effectués dans le cadre de la réforme de 2004. En ce sens le non-recours et son incidence sur l'efficacité du crédit d'impôt servent de justification aux acteurs de l'Assurance maladie et du HCAAM pour évoquer, à mots à peine couverts, sa potentielle suppression. Comme cela a été le cas par le passé dans d'autres pays, en grande Bretagne notamment, de forts taux de non-recours aux droits amènent parfois à envisager l'arrêt brutal de certains dispositifs, emportant dans leur sillage des considérations politiques sur le type de réponses à apporter aux problèmes sociaux (Warin, 2007). C'est l'utilité de certains programmes ou services publics qui est remise en question, alors même que l'on ne

sait rien, ou très peu, des raisons qui font que les personnes ne les demandent pas et n'y accèdent pas. Derrière cela, se dissimule en fait un véritable débat sur les directions à prendre en matière de protection sociale. C'est le cas du crédit d'impôt :

« C'est plus politique cette aide. Tout le monde n'était pas d'accord avec cette mesure. Bon la CMU-C non plus, mais quand même il y avait un large consensus qui a d'ailleurs fait que le non-recours n'intéressait pas grand monde. C'est venu doucement. Le crédit d'impôt a été critiqué dès sa mise en place, jusqu'à évoquer sa suppression ».

Entretien avec Bertrand Fragonard, ancien directeur de la CNAF et de la CNAMTS, président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, avril 2009.

Face aux détracteurs de l'aide et aux rumeurs d'une suppression, la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé prend radicalement le contre pied. Elle veut voir dans le non-recours un moyen pour faire monter en charge le crédit d'impôt, conforter ainsi le choix de l'aide à la mutualisation et de la généralisation de l'accès à la complémentaire en France :

« On a systématisé cette politique pour que tous les français détiennent une couverture complémentaire, à travers bien sûr la CMU et aussi au sujet de l'effet de seuil de la CMU avec rapidement diverses tentatives pour tenter de solvabiliser la population non éligible à la CMU pour des raisons de ressources qui ont finit par donner le dispositif de l'Aide complémentaire santé. Avant de changer encore de dispositif, il fallait bien qu'on essaie de faire le point et de faire en sorte que ça marche. Le lancement d'un nouveau dispositif c'est compliqué. Et il faut faire attention à la sédimentation, je crains aussi beaucoup les effets d'annonce pour dire « on va faire ça pour tel public », je sais pas les jeunes par exemple, et je crois pas que ce soit en superposant plus de dispositifs qu'on arrivera à plus de lisibilité. Donc il faut essayer de faire le point et de faire marcher les outils qu'on a avant de dire « on met de côté » ».

Entretien avec Dominique Libault, Directeur de la DSS du ministère de la Santé, juin 2009

Il est clair que la question du non-recours au crédit d'impôt est davantage politisée que concernant la CMU-C. Elle s'enchaîne dans une opposition ancienne de certains acteurs de

l'Assurance maladie au report de la charge des dépenses de santé vers des acteurs privés, qui en l'occurrence, souhaitent intervenir non seulement dans les financements mais surtout dans la régulation et la gestion du risque maladie en France. En ce sens, la volonté des acteurs étatiques de faire du non-recours un levier pour renforcer l'effectivité de l'aide à la mutualisation est interprétée par certains comme une anticipation de nouveaux transferts de charge vers les Complémentaires santé. Selon eux, l'intérêt porté au non-recours est surplombé par la volonté de faire augmenter le nombre de personnes couvertes par une complémentaire, afin de limiter les conséquences d'éventuelles augmentations de la participation financière des patients, comme le suggère un extrait de l'entretien avec Bruno Négroni :

« Il y avait une réelle volonté politique de faire décoller l'aide à la mutualisation. Ce n'est pas de la bonté d'âme, mais une volonté de continuer à transférer les dépenses de la Sécurité sociale vers les régimes complémentaires. Il fallait limiter les secousses du transfert et de futurs transferts ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

2.22 - Renforcer la logique des droits créances à la complémentaire par le levier du non-recours

En identifiant celles et ceux qui ne sont pas venus demander leurs droits, Dominique Libault, directeur de la Sécurité sociale en 2004, espère disposer d'un levier pour les approcher et susciter leur adhésion. Afin de ne pas attiser une mise en cause de la pertinence du crédit d'impôt, il fait l'hypothèse que le problème principal n'est pas le reste à payer, mais une insuffisante promotion du dispositif qui est, selon lui, encore mal connu par les populations éligibles. La DSS tente ainsi de justifier la faible montée en charge par un manque d'information. Ce faisant, elle se dégage d'une interrogation sur la pertinence de l'aide, pour centrer le regard sur son effectivité et ouvrir la porte à la mise en œuvre d'actions pour rapprocher les bénéficiaires potentiels de leurs droits. Elle renvoie, par la même, la responsabilité de l'information vers les régimes d'Assurance maladie et vers leurs devoirs envers les usagers :

« C'est aussi la vocation des caisses de Sécurité sociale d'agir sur des sujets d'accès aux soins et de travailler sur l'accès aux droits. On se doutait qu'il y avait un manque de communication dans un contexte où tout le monde n'était pas d'accord avec ce dispositif. Mais les caisses ont des responsabilités ».

Entretien avec Dominique Libault, Directeur de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, juin 2009.

Alors que le non-recours est l'un des arguments mobilisés pour asseoir la critique du crédit d'impôt, l'intérêt porté au phénomène par la DSS est guidé par la possibilité qu'il offre de renforcer la logique des droits créances en matière de complémentaire maladie. Selon cette logique, la collectivité et les pouvoirs publics doivent garantir l'égal accès de tous aux droits sociaux et lever, autant que faire se peut, les obstacles rencontrés par les usagers sur le chemin qui mène effectivement aux droits (Warin, 2010). Cette manière d'appréhender le non-recours tend à reconnaître aux personnes en difficulté dans l'accès à l'offre publique le statut d'*usager* en tant que personne qui « *a droit au service* » (Warin, 2011) et porte un traitement administratif du phénomène. Si l'effectivité du droit constitue un horizon à atteindre pour améliorer le service rendu aux usagers, l'objectif surplombant de la DSS est bien aussi de justifier la mise en place du crédit d'impôt par des taux de recours plus élevés que ceux mesurés pour les aides précédemment en vigueur.

Ce type de comportements a déjà été repéré dans de précédents travaux sur le non-recours (Math, 2003a). C'est d'ailleurs principalement en ce sens que le phénomène a été saisi par des acteurs publics en France dans les années 1990. Selon Antoine Math, mobiliser le non-recours pour améliorer l'accès aux droits évite aux acteurs, qui ont décidé de mettre en place telle ou telle offre, de s'interroger sur le contenu des droits. Ils centrent exclusivement leur attention sur les conditions d'accès et la mise en œuvre, au lieu de remettre en question les choix politiques et leur adéquation avec les besoins des populations. Il n'est ainsi pas rare que « *les décideurs politiques, sans doute pour défendre leurs stratégies antérieures et pour améliorer l'effectivité des politiques, insistent sur l'amélioration de l'accès aux droits comme solution au problème* » (Warin, 2003). De plus, en période de contraintes budgétaires, il leur paraît souvent plus opportun de chercher à atteindre les personnes qui ne sont pas venues demander leurs droits, que de concevoir un nouveau dispositif coûteux et lourd à mettre en œuvre. C'est ce que nous explique Claude Bigot, directeur de l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S) :

« Il faut essayer de faire en sorte que nos droits ne soient pas des droits théoriques mais des droits réels. C'était et c'est le cas pour les aides à la mutualisation. Essayer de mesurer le non-recours est un des éléments qui vient renforcer l'idée de l'efficacité du service public et des décisions prises... Une fois qu'on a fait de la mesure et du quantitatif par les bases de données, il faut comprendre pourquoi, pour faciliter l'accès. L'accès pour tous c'est pas sidérant, c'est quand même ce qui fonde la logique du système, donc plus on y travaille mieux c'est. Cela peut être un appui pour voir comment on peut mieux faire les choses avec les caisses. En leur confiant peut-être l'intégralité des choses dans le domaine de la complémentaire des plus démunis. Ce sont des choses qu'elles pourraient gérer sans aucun problème et avec un taux de satisfaction des bénéficiaires suffisamment élevé pour que ce soit positif pour les auteurs de la mesure ».

Entretien avec Claude Bigot, directeur de l'EN3S, juin 2009.

Rapidement après l'instauration du crédit d'impôt, le non-recours apparaît à la fois comme un problème et comme une solution, même si les connaissances sont peu nombreuses et essentiellement constituées par des taux de non-recours primaire, entendu comme le différentiel entre la population potentiellement éligible à un droit et la population effectivement bénéficiaire :

« Ce qu'on reprochait pour la CMU-C, qu'on n'ait pas assez de connaissances solides sur le non-recours pour en faire quelque chose, et bien là ça ne semblait plus poser problème à personne. La DSS était dans l'urgence, il fallait trouver les moyens de faire monter l'aide à la mutualisation en charge pour contrer les critiques ».

Entretien avec Régine Constant, responsable de la direction de l'action sociale de la CNAMTS, juillet 2008.

En ce qui concerne la CMU-C en effet, le manque de connaissances sur le non-recours permet aux acteurs concernés par le dispositif, en premier lieu les régimes de base de l'Assurance maladie, de maintenir un doute sur son ampleur et par conséquent d'ignorer le phénomène. De la même manière, les rares informations relatives à ses causes ont centré l'attention sur des explications plutôt individuelles et laissé penser que le non-recours à la CMU-C concerne principalement des personnes qui, soit n'ont pas besoin de soins, soit sont couvertes par ailleurs. Autant d'explications qui semblent indiquer que le non-recours n'est pas

problématique puisque les personnes concernées ne sont pas particulièrement en difficulté dans leur accès aux soins. Cependant, le travail mené par le directeur adjoint du Fonds CMU, pour rassembler un faisceau de présomptions sur le phénomène, tend à démontrer que les causes sont plus diverses et, surtout, qu'elles interrogent le rapport entre des individus, des organismes sociaux et des professionnels de santé. Parallèlement, il signale que le non-recours a bien des conséquences sur l'accès aux soins, les personnes se trouvant dans cette situation renonçant plus que les autres à se faire soigner.

A l'inverse pour le crédit d'impôt, le manque de connaissances attise immédiatement les controverses et exacerbe les questionnements sur son ampleur. Il est vrai que des chiffrages ont été faits pour les précédents dispositifs et qu'ils indiquaient des taux de non-recours extrêmement élevés. Le débat se construit aussi à partir de ces informations quantitatives, qui ne sont pourtant pas relatives au nouveau dispositif. On voit bien que, dans un cas comme dans l'autre, un système de représentations se bâtit à partir de nombreux présupposés. Le manque de connaissances entretient une zone d'incertitude dont se saisissent les différents acteurs pour défendre leurs positions quant aux réponses politiques apportées aux difficultés financières d'accès aux soins des populations démunies.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Au-delà de la tourmente relative au crédit d'impôt, les enjeux sont plus généraux et appellent à bâtir une connaissance fiable sur le non-recours à la complémentaire gratuite et aidée dans son ensemble. Nous avons vu au sein du précédent chapitre que si Jean François Chadelat, directeur du Fonds CMU, accepte de lancer des études sur le non-recours à la CMU-C, c'est parce qu'il perçoit progressivement l'utilité de disposer d'informations fiables sur le phénomène, alors que les restructurations de la protection maladie sont plus que jamais à l'ordre du jour. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), chargé de construire des analyses sur le système de protection maladie et ses évolutions, fait un constat relativement proche. Les deux institutions ne défendent pourtant pas des points de vue similaires en ce qui concerne les transformations de la gestion du risque maladie en France. Elles sont malgré tout d'accord sur un point : la nécessité d'évaluer l'effectivité des réponses

apportées pour améliorer l'accès aux soins de tous en France et de comprendre les causes véritables du non-recours.

Pour le Haut conseil, il s'agit ainsi d'envisager « *un réaménagement global du bloc CMU-C/ aide à la mutualisation pour limiter des inégalités d'état de santé et d'accès aux soins préoccupantes (...) et diminuer la population sans couverture complémentaire (...). Comme beaucoup de commentateurs estiment que la part des complémentaires va s'accroître (la contrainte de prélèvements obligatoires conduisant à déporter des dépenses de la base vers les complémentaires), les réponses apportées ont une importance de plus en plus cruciale (...). On estime que l'absence de couverture complémentaire et la modestie des garanties souscrites peuvent conduire des assurés à renoncer à des soins pourtant utiles. C'est sur cette opinion qu'on a entrepris d'aider les ménages les plus modestes à accéder à une couverture complémentaire afin de diminuer le nombre de ménages sans couverture (...). Il convient [désormais] d'analyser l'action des pouvoirs publics, en particulier au travers du levier que constituent les aides publiques à l'acquisition de la protection complémentaire* ».

Extrait du rapport du HCAAM, *La répartition de l'effort, l'évolution des restes à charge et l'équité du financement*, 2005.

Le besoin d'évaluation de l'action publique est évident ; d'autant plus que la réforme Douste-Blazy renforce le déport des dépenses des régimes obligatoires d'Assurance maladie vers les Organismes complémentaires. L'évaluation constitue un point de passage obligé pour envisager l'avenir et étayer les controverses relatives au crédit d'impôt. Le Haut conseil souligne, en effet, qu'il ne dispose pas de l'ensemble des connaissances nécessaires et de suffisamment de recul pour prendre définitivement position « *sur les projets – souvent ambitieux et impliquant des investissements publics importants – qui ont pour objet un élargissement radical des aides publiques destinées à faciliter l'accès aux couvertures complémentaires* » et pour discuter « *des éventuels emplois alternatifs de cette dépense* » (HCAAM, 2005a).

Il souhaite par conséquent que des études soient effectuées sur la montée en charge du crédit d'impôt et sur les motifs du renoncement à ce droit. L'incertitude qui entoure celui-ci est soulignée et oblige, selon le HCAAM, à répondre à deux questions majeures : la population « éligible » bénéficie-t-elle effectivement de la prestation ? Peut-on parler de « juste accès à cette prestation » ? Dans cette perspective, les études doivent permettre de comprendre le

parcours des demandeurs de l'aide, de déterminer l'origine de l'information qui les a conduits à faire leur demande ainsi que les raisons du non-recours. Le HCAAM émet d'ailleurs des hypothèses nouvelles concernant cette non utilisation : difficulté de prospection des contrats complémentaires auprès des OC, comportements d'éviction de la population éligible au crédit d'impôt par ces organismes, recul des personnes devant le reste à charge...

Deux directions peuvent être suivies dans le prolongement et en fonction des résultats de ces travaux : la suppression complète de l'aide ou la mise en œuvre d'une politique active de promotion couplée à l'évolution de ses paramètres afin qu'elle soit davantage utilisée. On retrouve ici les deux positions défendues d'un côté par les acteurs de l'Assurance maladie et du Fonds CMU, de l'autre par la DSS du Ministère de la Santé. La direction à prendre dépend selon le HCAAM de l'ampleur du non-recours, de ses causes, des actions envisageables pour renforcer l'effectivité et de l'implication des différents acteurs concernés par la gestion du crédit d'impôt.

D'une manière générale, l'inscription du crédit d'impôt dans la loi du 13 août 2004 et les débats l'entourant confortent l'idée, déjà évoquée au sein du Conseil de surveillance du Fonds CMU pour la CMU-C, de travailler sur le non-recours afin de vérifier l'effectivité des dispositifs permettant aux populations démunies de se mutualiser et d'évaluer les choix faits jusqu'à présent en la matière. La volonté de connaître le phénomène est à l'ordre du jour et constitue presque le seul point de consensus entre les acteurs qui pilotent et mettent en œuvre les droits visant l'amélioration de l'accès aux soins.

La conjoncture politique des années 2004-2005 dans le champ de l'Assurance maladie, les inquiétudes qui en découlent s'agissant des contraintes financières et l'intérêt porté immédiatement au non-recours au crédit d'impôt entraînent dans leur sillage une attention accrue pour le non-recours à la CMU-C. Les interrogations sous-jacentes sont relatives à l'efficacité des dispositifs, mais également à la pertinence de certains choix politiques de fond. Le non-recours signale en effet, à mots couverts, les effets et les enjeux d'une politique de restructuration de l'Assurance maladie qui déporte silencieusement vers l'univers des complémentaires la prise en charge des dépenses de santé. La temporalité de la restructuration est une variable dont nous devons tenir compte pour expliquer la mise à l'agenda du non-recours à la complémentaire santé gratuite et aidée.

La réforme Douste-Blazy constitue, selon nous, un épisode majeur dans l'histoire de l'Assurance maladie en France. Episode qui légitime la prise en compte du non-recours et plaide pour une meilleure connaissance quantitative de son ampleur et des mécanismes qui peuvent y conduire. C'est bien l'ensemble des réponses apportées jusqu'à présent pour améliorer la protection maladie des plus démunis qu'il convient de mettre à plat. Le non-recours devient un argument du débat, un prisme au travers duquel observer les réponses apportées pour réduire les inégalités financières d'accès aux soins, mais aussi une potentielle catégorie d'action de la gestion du risque maladie. Argument, prisme ou catégorie, il est en revanche nécessaire d'en construire les contours de manière solide. De l'idée à sa concrétisation, il y a plus qu'un pas. Car en matière de non-recours aux droits, le défi méthodologique est toujours au rendez-vous.

Chapitre 5.

Enjeux méthodologiques et stratégiques

de la production de connaissances sur le non-recours.

Fin 2004, le Conseil d'administration du Fonds accepte de financer des études sur le non-recours à la CMU-C. L'appel à projet est lancé courant de l'année 2005 ; trois études sont retenues. Le mouvement de production de connaissances sur le non-recours est en marche. Il se concentre finalement sur la CMU-C, laissant de côté pour un temps l'aide à la mutualisation. Suite à des échanges avec la DSS, il est décidé de laisser passer quelques mois pour voir si le dispositif monte en charge. Derrière cette décision et en centrant l'attention sur la CMU-C, il s'agit de détourner le regard du crédit d'impôt et de ne pas prendre le risque de questionner sa pertinence, en traduisant par le non-recours le rapport des bénéficiaires potentiels avec ce droit.

Pour comprendre l'émergence et l'institutionnalisation du non-recours en matière d'Assurance maladie, il nous semble central d'analyser les choix concrets faits pour produire de la connaissance. Ces choix participent fortement de la mise en forme du non-recours à la complémentaire et de sa problématisation. Celle-ci ne va en effet pas de soi, tout comme, et c'est une conséquence, le fait pour les pouvoirs publics d'apporter une réponse au non-recours. Comme Sylvie Tissot l'explique dans son ouvrage *L'Etat et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique*, paru en 2007, « toute question n'est pas le simple reflet d'une situation objective. Son apparition est le fruit d'une mise en forme par une diversité d'acteurs (...). Ce qu'il faut comprendre (...), c'est cette mise en forme spécifique en « problème » et comment elle se traduit par de nouvelles actions et/ou politiques sociales » (Tissot, 2007).

Dans la foulée de son appel à projets donc, le Fonds retient trois études, proposées respectivement par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), par l'Institut du travail social (IRTS) d'Ile de France et par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). Les raisons de ce choix sont diverses et répondent à des enjeux à la fois scientifiques, méthodologiques et stratégiques. Ces trois types d'enjeux sont d'ailleurs fondamentalement liés. L'exercice de rassemblement d'indices a esquissé des

contours quantitatifs au non-recours et des pistes à investiguer concernant ses causes. Mais il a montré également les limites des données existantes, leur manque de représentativité et de solidité pour affirmer l'évidence d'un problème, pour faire du non-recours un élément à part entière de l'évaluation de la loi et envisager un partage des responsabilités entre les acteurs concernés par la CMU.

Dans ce cadre, les travaux choisis par le Fonds ont vocation à mesurer statistiquement et à décrire de manière qualitative le non-recours afin de continuer à convaincre de son caractère problématique et de dessiner de potentielles pistes d'intervention. Le Fonds attend ainsi des études qu'elles offrent, méthodologiquement, la possibilité d'élaborer des taux de non-recours mais aussi d'approcher, de manière fine, ses causes. Leur raison d'être est également sous tendue par une volonté de tester différentes ressources informationnelles. Afin, d'une part, de faire avancer la réflexion méthodologique relative à la mise en visibilité du non-recours à la CMU-C, qui paraît gêner la prise en compte du non-recours, en particulier par les régimes de base de l'Assurance maladie. Afin, d'autre part, de faciliter une production « routinisée » de taux de non-recours à partir de ressources le permettant. Le Fonds tend ainsi à participer à la construction d'outils d'observation de la loi CMU, dans une logique d'évaluation systématique et d'intervention pour améliorer l'effectivité des droits en matière d'Assurance maladie complémentaire.

Dans le contexte politique de l'époque et actuel, soumis à des impératifs accrus de performance, l'exercice du pouvoir fait constamment usage d'un nouveau registre de légitimation : la quantification (Ogien, 2010). Dans ce cadre, la reconnaissance d'un problème public passe, plus que jamais, par l'objectivité du chiffre et par la valeur sociale qui lui est attribuée. La quantification, si elle est toujours une technique de production de connaissances objectives pour exercer le pouvoir, est plus encore un instrument dans une stratégie de transformation de la manière de gouverner (Martin, 2000). Outil de preuve et outil de gouvernement, le chiffre est, dans cette perspective, la première des informations recherchées pour tracer des contours à un problème, mais aussi pour décider d'agir. Il est ainsi intégré à des stratégies de transformation de l'action publique, de communication ou même de manipulation. Sa production participe « à la construction de l'évidence des problèmes en unifiant sous une catégorie unique des réalités singulières » (Tissot, 2007), en transformant des mots en nombres (Desrosières, 2008).

Ainsi pour le Fonds, donner un poids de réalité au non-recours à la CMU-C et le placer sous les yeux des acteurs de la protection maladie passe nécessairement par un chiffrage. Pour autant, il ne veut pas délaissier le développement de matrices explicatives et laisser passer l'occasion de signaler des pistes d'intervention pour renforcer l'effectivité des droits en matière d'Assurance maladie. A quoi bon en effet souligner l'ampleur du non-recours, sans clarifier les responsabilités individuelles et institutionnelles dans ces situations ? Sans suggérer des voies d'amélioration ? Le Fonds est un analyste, mais bien aussi un évaluateur chargé de faire des recommandations pour renforcer la performance des dispositifs de la CMU. Ainsi, à côté de la mise en forme spécifique du problème par les chiffres, le Fonds veut déterminer plus clairement les raisons de ces situations et, par la même, des directions pour leur apporter une réponse (Céfaï, 1996).

Dans ce cadre et au delà des attentes cognitives et méthodologiques concernant les études financées, se dessinent des considérations plus stratégiques. La notoriété des équipes de recherche impliquées, leur rôle dans la production des statistiques sur les politiques de santé, leur expertise sur le non-recours entrent en jeu. Ce sont aussi les terrains envisagés pour élaborer les études qui importent, tout comme les populations prises en compte. Partenaires, matériaux, terrains et populations ne sont ainsi pas choisis au hasard. Ils ont vocation à consolider la légitimité des données produites afin de favoriser la reconnaissance du non-recours comme problème et à le placer parmi les priorités d'action des acteurs concernés par la CMU. Il s'agit aussi, par la mobilisation de certaines ressources informationnelles dans les études, de montrer à ces acteurs qu'ils ont les moyens de participer à la connaissance du non-recours, à son observation régulière et systématique et, pourquoi pas, à sa résolution.

En ce sens, l'une des trois études financées par l'organisme, celle de l'ODENORE, tend à approcher le non-recours à partir des systèmes d'informations d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Ce faisant, le Fonds veut implanter directement le non-recours au cœur de la branche qui met en œuvre les droits CMU. Cette stratégie d'importation prend forme à l'issue d'un rapprochement entre le Fonds CMU, l'ODENORE et la CPAM de Grenoble, processus orchestré par un « *marginal sécant* » (Jamous, 1968) travaillant à la CNAMTS. Cet acteur constitue une interface entre acteurs administratifs et scientifiques, ainsi qu'entre acteurs nationaux et locaux et permet leur mise en lien.

Ainsi, si le lancement des études relève d'une stratégie du Fonds CMU, il s'inscrit également dans une tentative de ce « marginal sécant » d'introduire le non-recours au sein de la CNAMTS, sans pour autant laisser celle-ci réaliser l'investissement méthodologique lourd que nécessite la production de connaissances. Néanmoins et même si l'étude de l'ODENORE voit le jour, cette tentative d'introduction ne semble pas couronnée de succès par avance, la CPAM de Grenoble s'engageant « en demi-teinte » dans la réalisation de ce travail. Ses dirigeants ont en effet une perception réduite du non-recours et sont, par ailleurs, davantage préoccupés par son envers : la fraude (ODENORE, 2012).

Dans ce chapitre, notre hypothèse est que les choix faits pour concrétiser la production de connaissances ne sont pas anodins, tout comme le processus qui a mené à retenir l'étude de l'ODENORE. Enjeux méthodologiques, scientifiques et stratégiques se croisent, l'ensemble constituant un moment important de l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire publique.

La première section de ce chapitre tend à comprendre les enjeux qui surplombent le choix des études financées par le Fonds CMU. Avant toute chose, nous commencerons par présenter les projets retenus et les équipes de recherche qui en sont à l'initiative. Puis nous expliquerons que les différentes voies choisies répondent bien, en premier lieu, à des enjeux scientifiques et méthodologiques : elles permettent, d'une part, d'identifier des populations éligibles à la CMU-C, ce qui est un point d'appui indispensable pour quantifier le non-recours et disposer d'échantillons auprès desquels engager des enquêtes pour comprendre le non-recours ; et d'autre part, de tester plusieurs angles de vue pour observer le non-recours, notamment par les systèmes d'informations de l'Assurance maladie. Enfin, nous décrypterons les considérations stratégiques du choix fait par le Fonds CMU. Si la mobilisation de l'enquête SPS s'explique par un enjeu de légitimité des résultats pour faciliter leur appropriation par les acteurs de la CMU, l'étude de l'ODENORE apparaît comme un moyen expérimental pour introduire le non-recours au cœur de l'Assurance maladie.

La seconde section du chapitre revient plus spécifiquement sur cette étude et montre qu'elle ne répond pas uniquement à une stratégie du Fonds CMU. Nous nous attacherons à comprendre le processus qui a entraîné sa mise en place, suite à la participation, en 2004, du responsable de l'ODENORE et d'un acteur de la CNAMTS à un groupe de travail sur l'accès aux droits piloté par la Direction générale de l'action sociale (DGAS). Cette prise de contact

entre acteurs intéressés par le non-recours aux droits en général, et en matière de santé en particulier, est à l'origine du rapprochement entre le Fonds CMU et l'Observatoire. Entre conviction individuelle et intérêts institutionnels, une alliance émerge progressivement entre acteurs administratifs et scientifiques pour étudier le non-recours à partir des systèmes d'informations de l'Assurance maladie, idée précieuse sur le plan méthodologique et scientifique, mais plus encore sur le plan stratégique et politique. Pour autant, la position ambivalente de la CPAM où l'étude doit se dérouler rend incertaine la réalisation de celle-ci et, par la même, l'aboutissement de la stratégie d'implantation du non-recours au sein de la branche maladie.

SECTION 1.

LE CHOIX DE TROIS ETUDES : DES CONSIDERATIONS

METHODOLOGIQUES ET STRATEGIQUES

Le non-recours à la CMU-C ne se donne pas à voir d'emblée, comme tout phénomène de non-recours d'ailleurs (Afsa, 1996). Dans ce cadre, comment produire de la connaissance quantitative et qualitative ? Dans quelle mesure les protocoles proposés par les équipes de recherche, dans les projets soumis au Fonds CMU, permettent-ils de construire les informations attendues ? Voici quelques-unes des questions méthodologiques que se sont posées les acteurs du Fonds au moment de retenir des projets, comme nous l'explique Bruno Négroni. Le Fonds CMU privilégie finalement deux directions principales : la mobilisation d'enquêtes préexistantes en matière de santé et l'utilisation de sources jusqu'ici peu exploitées, en l'occurrence les bases de données de l'Assurance maladie.

Cette double direction est sous-tendue par des enjeux stratégiques forts, visant à assurer une audience aux résultats des travaux et à faire avancer la prise en compte du non-recours par les acteurs impliqués dans le dispositif CMU. Alors que la faible montée en charge de l'aide à la mutualisation est dans tous les esprits et attise les controverses sur le dispositif, le choix est de centrer les études sur le non-recours à la CMU-C. Ceci afin de lui assurer une visibilité propre et de démontrer que, si les deux problématiques s'inscrivent dans un débat politique sur les transformations de la protection maladie en France, elles interrogent différemment les acteurs de ce champ et appellent des réponses différenciées. S'il s'agit de mettre le non-recours à la CMU-C sous le feu des projecteurs, ce choix tend tout autant à « faire oublier » le phénomène s'agissant du crédit d'impôt.

1.1 – Trois études, trois angles de vue pour observer le non-recours

Il se passe plus d'une année entre le moment où le Conseil d'administration (CA) de l'agence accepte de financer des études sur le non-recours et le démarrage des travaux. Ce n'est, en effet, qu'en 2006 que les études voient le jour. Si le Fonds a reçu des propositions à son appel à projets, il a aussi mené de longues négociations avec des acteurs administratifs et scientifiques ; négociations dont la finalité est l'accès et la mobilisation de ressources

informationnelles permettant de rendre visible le non-recours, dans ses différentes dimensions, et sous des angles jusque là peu exploités. Dépasser l'invisibilité du phénomène demande un effort de réflexion sur les informations disponibles et des échanges avec les acteurs qui peuvent participer à le mettre en exergue. En l'occurrence, toutes les enquêtes préexistantes en France en matière de santé ne permettent pas de travailler sur le non-recours à la complémentaire ; par la même, toutes les ressources permettant de le faire ne sont pas forcément mises à disposition par les acteurs qui les détiennent. La production de connaissances sur le non-recours balance entre *pouvoir* et *vouloir* voir le phénomène. Présentons les trois études que l'organisme décide de financer, avant d'expliquer les raisons et les coulisses de ce choix.

1.11 - Observer le non-recours à partir de l'enquête Santé protection sociale (SPS)

L'une des études retenues par le Fonds CMU est celle proposée par des chercheurs de l'Université Paris Dauphine et du Laboratoire d'économie et de gestion des organisations en santé (LEGOS). Ce laboratoire, dont les axes de recherche sont relatifs à la régulation et au financement des politiques de santé, mobilise fréquemment les données des organismes sanitaires et sociaux ainsi que des enquêtes produites par d'autres équipes de recherche⁷⁹. Pilotée par Jérôme Wittwer, Professeur en sciences économiques, spécialiste des questions d'accès aux soins, d'inégalités en santé et du vieillissement, cette étude sur le non-recours à la CMU-C repose, en premier lieu, sur une exploitation spécifique de l'enquête Santé protection sociale (SPS) de l'IRDES.

SPS, comme nous l'avons souligné précédemment, est une enquête régulièrement mobilisée pour produire des informations sur le dispositif de la CMU. Effectuée en population générale, elle a l'avantage d'interroger précisément les individus sur leur couverture maladie et de rassembler de nombreux renseignements sur la santé, les caractéristiques socio-économiques et les revenus des enquêtés. Menée bi annuellement auprès d'un échantillon aléatoire de 8 000 ménages soit environ 20 000 personnes, elle a pour champ d'investigation les ménages ordinaires comportant au moins un assuré social des régimes généraux, des professions agricoles et des professions indépendantes, soit 96% des ménages résidant en France métropolitaine.

⁷⁹ Voir site du LEGOS : <http://www.legos.dauphine.fr/>

SPS constitue ainsi une base de travail conséquente et bien documentée pour approcher le non-recours à la CMU-C, à partir de données en population générale. Les chercheurs du LEGOS veulent travailler sur la dernière version disponible de l'enquête SPS, celle de 2004. Leur objectif est de proposer une quantification du non-recours classique à la CMU-C, de mettre en évidence les spécificités socio-économiques de la population qui n'a pas fait valoir ses droits et d'émettre des hypothèses sur les déterminants du non-recours au dispositif (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006).

Si le cœur du travail repose sur une utilisation secondaire des informations collectées au travers de l'enquête SPS de 2004, les chercheurs souhaitent également réaliser une vingtaine d'entretiens qualitatifs semi directifs auprès de personnes en non-recours à la CMU-C. Ce volet de l'étude a vocation à cerner les raisons avancées par les non-recourants, dans la mesure où les données présentes dans l'enquête SPS de 2004 ne permettent pas d'aborder ce point de manière approfondie. Pour comparaison, quelques entretiens doivent aussi être conduits auprès de personnes qui ont eu recours à leurs droits.

L'ensemble des entretiens auprès de bénéficiaires potentiels ou effectifs est effectué, en face en face, au sein de « l'Espace insertion » du 11^{ème} arrondissement de Paris. Lorsque les personnes ne peuvent être rencontrées directement, elles sont contactées par téléphone. L'Espace insertion, qui dépend du Conseil général, accueille des allocataires potentiels du RMI. Ceux-ci ont été orientés par la CAF dans le but d'obtenir une aide pour l'instruction de leur dossier RMI. Le protocole d'enquête prévoit aussi que des entretiens soient conduits auprès de certains membres de l'équipe de l'Espace insertion -directeur, instructeur, assistante sociale, etc- de manière à recueillir leurs représentations quant au non-recours à la CMU-C, aux difficultés rencontrées par les bénéficiaires potentiels et à échanger sur les actions éventuelles de la structure pour améliorer l'accès aux droits des populations reçues (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006).

1.12 - L'étude de l'Institut de recherche du travail social (IRTS)

Le Fonds CMU-Choisit de travailler également avec le département Etudes et recherches de l'Institut du travail social (IRTS) de Montrouge Neuilly-sur-Marne. L'IRTS a pour but la

formation et le perfectionnement des travailleurs sociaux ainsi que des cadres du travail social. Il réalise aussi des recherches en matière d'action sociale. Il est en effet membre du Groupement de coopération de recherches en action sociale et médico-sociale d'Ile-de-France (GRIF) et tend à renforcer les articulations entre recherche fondamentale et recherche appliquée, entre instituts de formation et établissements d'enseignement supérieur dans le champ du social également⁸⁰.

L'étude est dirigée par Brigitte Berrat, sociologue, responsable des formations supérieures et de la recherche à l'IRTS de Montrouge Neuilly-sur-Marne et maître de conférences associée à l'Université Paris 13. Elle travaille sur l'accès aux droits en matière de santé et de handicap et s'interroge sur les catégories créées par l'action publique pour mettre en œuvre les politiques sociales. L'étude proposée au Fonds tend à approcher le non-recours à la CMU-C à partir des publics accueillis au sein de plusieurs foyers et résidences sociales d'Ile de France. Il s'agit de construire, grâce aux informations détenues par les gestionnaires de ces établissements, un échantillon de personnes potentiellement éligibles à l'un ou l'autre des dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée puis de vérifier si elles bénéficient ou non de leurs droits (Berrat, 2008).

Initialement créés pour l'hébergement temporaire des travailleurs immigrés, les résidences et foyers sociaux servant de terrain pour l'étude sont désormais ouverts à d'autres publics : jeunes actifs, personnes en difficulté sociale, chômeurs, personnes âgées ; en résumé à toute personne ayant des difficultés pour se loger dans le parc immobilier traditionnel. Cela paraît intéressant à la sociologue, dans la mesure où les indices disponibles sur le non-recours à la CMU-C montrent que le phénomène concerne différentes populations et non pas seulement les plus marginalisées⁸¹. Elle souhaite ainsi s'intéresser tout particulièrement à la question du non-recours des travailleurs pauvres pour lesquels les effets de seuil des droits ciblés sont prégnants (Berrat, 2008). Leurs conditions d'emploi, souvent précaires et aléatoires, les conduisent en effet à osciller en deçà et au-delà des seuils, notamment de la CMU-C, et à ne pas toujours être en capacité de déterminer leur éligibilité aux dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée. La spécificité de cette étude est d'étudier également le non-recours à l'aide à la mutualisation dans la mesure où la population enquêtée peut

⁸⁰ Voir site de l'IRTS : <http://www.fondation-itsrs.org/>

⁸¹ Discussion avec Brigitte Berrat lors de la journée d'études « Ceux qui ne demandent rien » organisée par l'IRTS en 2008.

potentiellement avoir des ressources qui correspondent aux conditions requises pour accéder à cette prestation.

Après identification des bénéficiaires potentiels de l'un ou l'autre des dispositifs, l'objectif est de procéder à une estimation du taux de non-recours et de sonder les personnes détectées par questionnaires pour comprendre les raisons de leur situation en matière de complémentaire santé. Il s'agit aussi d'interroger les personnes sur leur état de santé et de comprendre leur rapport aux services administratifs en général et aux CPAM en particulier. La sociologue est autorisée à rencontrer les personnes afin d'administrer les questionnaires, en face à face, ce qui lui permet d'envisager une enquête qualitative relativement dense et complète. En résumé, cette étude vise, d'une part, à quantifier le non-recours à la CMU-C ; à analyser, d'autre part, ses causes au sein d'une population aux caractéristiques relativement diversifiées (Berrat et Paul, 2006).

1.13 – L'étude de l'ODENORE au sein d'une CPAM

Le Fonds CMU-Choisit de financer une troisième étude dont le protocole est, comme pour le travail présenté précédemment, créé de toute pièce pour étudier le non-recours à la CMU-C. A la différence de l'étude de l'IRTS cependant, ce travail se centre sur une population en particulier (les allocataires du RMI) et ne concerne pas l'aide à la mutualisation. Les quelques statistiques qui existent sur le non-recours suggèrent, en effet, que les allocataires du RMI ne recourent pas nécessairement à leurs droits CMU-C alors même qu'ils disposent d'un accès simplifié à la prestation. Comme nous l'avons expliqué, les courbes statistiques des deux dispositifs n'évoluent pas de la même manière et les associations soulignent que bon nombre d'allocataires du RMI ne savent pas qu'ils ont droit à une aide en matière de santé.

Cette étude proposée par l'ODENORE est pilotée par Philippe Warin. Nous avons contribué à la réaliser en tant que stagiaire de l'Observatoire, ainsi que nous l'avons explicité dans l'introduction de cette thèse. Elle constitue d'ailleurs un matériau essentiel dans la définition de l'objet de notre recherche de doctorat. L'étude, construite dans la concertation avec le Fonds et avec un acteur de la CNAMTS, tend à investiguer le non-recours à partir des bases de données d'une CPAM. Elle se fonde sur l'hypothèse que ces outils informatiques constituent une ressource potentielle pour quantifier et identifier les non-recourants à la

CMU-C, du fait des échanges d'informations existant entre les CAF et les CPAM concernant les allocataires du RMI. L'ODENORE envisage donc d'exploiter les bases de données institutionnelles pour repérer les ruptures de droits entre RMI et CMUC, d'élaborer et d'expérimenter un système de requêtes permettant de signaler ces ruptures à la CPAM et d'identifier les personnes se trouvant dans ces situations.

L'étude a ainsi une visée méthodologique forte ; l'Observatoire veut tester les potentialités des systèmes d'informations administratifs pour observer le phénomène sur de grands effectifs. Il s'agit en effet « *d'effectuer un état des lieux quantitatif et qualitatif du non-recours dans la circonscription de Grenoble* »⁸² : plus précisément, l'ODENORE veut estimer un taux de non-recours des allocataires du RMI sur le territoire, voire des taux de non-recours relatifs aux différents centres de paiement de la CPAM. Travailler à partir des informations de la caisse doit aussi permettre d'identifier nominativement les personnes en non-recours, de les caractériser grâce aux informations détenues par l'organisme et de les contacter pour les questionner sur leur situation par rapport à la CMU-C.

L'ODENORE prévoit de réaliser une enquête par questionnaires pour comprendre les causes du non-recours, mais aussi de conduire des entretiens qualitatifs auprès d'un échantillon de personnes volontaires. L'envoi des questionnaires doit aussi constituer une occasion pour informer les allocataires du RMI de leurs droits et pour leur joindre un formulaire d'adhésion à la CMU-C. On voit que cette étude, menée en collaboration avec des acteurs administratifs, a aussi vocation à tester une action d'information ciblée pour rapprocher les personnes de la complémentaire (Revil, 2006).

Dans le sillage de l'appel à projets du Fonds, trois études, présentant des protocoles de travail très différents les uns des autres, retiennent l'attention. A travers celles-ci, le Fonds CMU veut rendre visible, en premier lieu, le non-recours classique ou primaire à la CMU-C, c'est-à-dire les personnes potentiellement éligibles qui n'ont pas fait valoir leurs droits (Math, 1996). Il s'agit d'estimer, à partir de chaque protocole méthodologique, un taux global de non-recours pour objectiver l'effectivité de la CMU-C. Les études retenues le sont donc, en particulier, parce qu'elles permettent effectivement de donner à voir cette forme de non-recours. Parallèlement, les trois angles de vue doivent observer le non-recours primaire au sein de

⁸² Extrait de la convention d'étude signée entre l'ODENORE, le Fonds CMU et la CPAM de Grenoble, mars 2006.

plusieurs sous populations, à différentes échelles, à partir d'informations collectées par l'intermédiaire d'enquêtes préexistantes n'ayant pas nécessairement pour objet le non-recours, mais aussi à partir d'informations contenues dans des registres administratifs.

1.2 – Un choix guidé par des enjeux scientifiques et méthodologiques

Nous l'avons compris, le non-recours pose de sérieuses questions méthodologiques. En effet, il s'agit de « *mesurer ce que l'on ne connaît pas* » (Afsa, 1996). Il fait partie de ces phénomènes qualifiés d'invisibles ; il ne l'est cependant jamais complètement (Rode, 2010). Même s'ils sont surmontables, les enjeux méthodologiques sont néanmoins présents lors de l'élaboration d'une étude ou du lancement d'un projet de recherche sur le sujet. Cela a été le cas concernant le non-recours à la CMU-C.

En premier lieu, le choix des études par le Fonds repose sur le fait que les ressources informationnelles sur lesquelles les chercheurs prévoient de s'adosser permettent bien de franchir la première marche du repérage du non-recours à un droit ciblé, à savoir l'identification de la population éligible à la CMU-C ou tout du moins d'un échantillon d'entre elle. C'est en effet à partir de cette identification qu'il est envisageable de mesurer, dans un second temps, des taux et/ou de réaliser des enquêtes pour comprendre les raisons du non-recours à un droit.

La sélection du Fonds CMU tient compte, en second lieu, du fait que les travaux proposés permettent effectivement de lever le voile sur les différentes facettes du non-recours à la CMU-C qu'il souhaite rendre visibles. Enfin, son choix est guidé par la volonté de tester plusieurs méthodes d'observation et notamment de faire avancer le travail méthodologique pour observer le non-recours à partir d'une ressource en particulier : les systèmes d'informations de l'Assurance maladie. Cette ambition méthodologique se comprend notamment par le fait que l'organisme souhaite disposer de données territorialisées, actualisées et régulières sur le non-recours, pour les intégrer systématiquement dans l'analyse et l'évaluation de la loi :

« On voulait quantifier parce que nos propres données chiffrées n'étaient pas forcément fiables ou représentatives. Mais aussi décrypter les causes pour avoir des pistes pour faire

évoluer les choses. Il fallait des études qui permettent les deux, ce qui n'est pas évident, et en plus elles devaient permettre de tester une méthode réutilisable ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

1.21 – Deux grandes directions méthodologiques pour mesurer et comprendre le non-recours

Afin de répondre à ces différentes attentes, le Fonds choisit deux directions méthodologiques qui sont représentatives des possibilités existantes pour étudier, d'une manière générale, le non-recours aux droits (Math, 2003b ; Warin, 2003).

« Je pense que le Fonds voulait plusieurs études complémentaires mais aussi contradictoires... Balayer différents aspects de la question, en tout cas pour une première approche. L'enquête SPS on savait à peu près ce qu'elle pouvait apporter et à côté on voulait expérimenter ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

Il décide donc d'une part d'exploiter une enquête populationnelle pré existante, qui n'a pas pour objet initial le non-recours. D'autre part, il retient deux études proposant des protocoles méthodologiques élaborés exclusivement pour étudier le non-recours à la CMU-C. Nous allons voir que ces différents protocoles permettent bien d'identifier des personnes potentiellement éligibles à la CMU-C et par conséquent de travailler sur le non-recours. Ils signalent aussi à l'Assurance maladie qu'elle dispose d'information pour agir en la matière. Concernant les attentes cognitives du Fonds, les trois études permettent effectivement une quantification du phénomène, spécifique cependant dans chacun des cas. Les travaux élaborés à partir de protocoles *ad-hoc* revêtent quant à eux des possibilités supplémentaires quant à la compréhension des causes non-recours.

A. Une étude mobilisant une grande enquête populationnelle en santé

En France, rappelons qu'il existe deux enquêtes majeures en matière de santé effectuées de manière récurrente : l'enquête Santé/ Histoire de vie de l'INSEE et l'enquête Santé protection sociale (SPS) de l'IRDES. Aucune des deux n'a pour objet initial le non-recours à la CMU-C. Elles contiennent néanmoins des informations qui peuvent permettre de donner à voir le phénomène. L'enquête SPS a d'ailleurs, nous l'avons vu, déjà été mobilisée dans cette

perspective une première fois en 2001 (Boisguérin et Gissot, 2001 ; Auvray et Grignon, 2001). C'est donc celle-ci qui va être à nouveau exploitée par une équipe de chercheurs de l'Université Paris Dauphine dans le cadre du programme de travail du Fonds CMU.

D'une manière générale, l'usage de grandes enquêtes populationnelles constitue une possibilité pour étudier le non-recours à un droit ou un service, comme l'ont souligné Antoine Math et Philippe Warin, à l'occasion du programme de recherche EXNOTA pour lequel des équipes de recherche ont recensé les possibilités d'observation du non-recours dans plusieurs pays européens⁸³. Cela suppose cependant que les enquêtes contiennent les éléments d'information permettant de déterminer le non-recours comme, par exemple, des indications sur les ressources des personnes dans le cas de prestations financières ciblées et sur le fait de bénéficier ou non de tel ou tel droit (Math, 2003b).

De même pour pouvoir analyser les causes du non-recours, des items relatifs aux raisons d'une potentielle non-participation aux dispositifs doivent être renseignés. Enfin, la caractérisation des personnes en non-recours dépend des variables socio-économiques présentes dans les enquêtes. L'utilisation d'enquêtes pré existantes a en tout cas des avantages en termes de coûts et de temporalité. Elle permet d'obtenir des résultats dans de meilleurs délais, puisque le protocole méthodologique n'est pas entièrement à construire. Leur usage a toutefois des inconvénients : il constitue un cadre contraignant qui ne permet pas toujours de connaître le phénomène dans ses différentes formes, ni d'approfondir l'analyse de ses causes. L'absence de questions portant précisément sur les raisons du non-recours, tout comme la taille de l'échantillon, peuvent ainsi être des obstacles (Math, 2003b).

Si l'on s'intéresse de plus près à l'enquête SPS, on remarque qu'elle contient de nombreuses informations relatives à chaque assuré tiré au sort et à chaque membre de son ménage. Ces informations ont notamment trait :

- aux caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, niveau d'étude, profession, occupation principale ;
- à la protection maladie : régime d'affiliation de base, possession d'une couverture complémentaire, type de complémentaire ;
- aux revenus du ménage.

⁸³ Accès au rapport final du programme EXNOTA : http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/06/44/31/PDF/EXNOTA_FINAL_REPORT_MARCH_2006.pdf

Une exploitation des informations relatives aux revenus peut permettre, par conséquent, de déterminer les ménages potentiellement bénéficiaires de la CMU-C. En croisant cette information avec la déclaration du bénéfice ou non de la prestation, il est possible de repérer ceux qui n'ont pas recours à leurs droits.

Les chercheurs de l'Université Paris Dauphine veulent ainsi définir la population éligible à la CMU-C en ciblant les ménages dont les revenus, par unité de consommation, sont inférieurs à 550 euros par mois, borne correspondant à la première tranche de revenus retenue dans l'enquête SPS (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006). Ils peuvent ainsi approcher le seuil de la CMU-C de l'époque -576,13 euros mensuels- mais sans néanmoins s'y superposer parfaitement (Legal, 2008). La notion de prise en charge par une couverture complémentaire, présente dans l'enquête, permet ensuite de distinguer trois types de situations : être couverts par la CMU-C, par une autre complémentaire ou être sans complémentaire.

En effectuant un rapide calcul, il est donc possible de mesurer un taux de non-recours parmi les personnes définies comme éligibles, tout en sachant qu'il existe une marge d'erreur relative au fait que les tranches de revenus renseignées dans SPS ne correspondent pas parfaitement au plafond de la CMU-C. Grâce aux variables socio-économiques, une caractérisation assez précise des personnes en non-recours est ensuite envisageable. L'apport de l'enquête SPS, dans sa version 2004, est en revanche limité pour analyser les causes du non-recours et donner lieu à un travail économétrique solide (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006). Les chercheurs sont en effet tributaires des questions posées dans l'enquête concernant le bénéfice de la CMU-C et les raisons d'un éventuel non-recours (encadré 10), mais surtout des possibilités statistiques relatives au faible effectif des répondants.

Encadré 10
Questions de l'enquête SPS (2004) relatives à la CMI C

Q31. Avez-vous entendu parler de la couverture maladie universelle appelée aussi CMU ?

oui non

Q32. Vous savez que la Sécurité sociale ne rembourse qu'une partie des frais médicaux. La CMU-Complémentaire propose gratuitement une couverture plus élevée que la sécurité sociale pour les personnes dont les ressources mensuelles sont faibles, par exemple moins de 1 190 euros (7 804 francs) pour un ménage de 4 personnes [l'exemple est fait en fonction du nombre de personnes dans le ménage]. Pensez-vous y avoir droit ?

oui non ne sait pas (les cas " nsp " seront traités comme des " non ").

Q32.1. Actuellement, avez-vous la CMU-Complémentaire appelée aussi couverture maladie universelle complémentaire ? [La CMU est gratuite, si la personne reçoit une aide financière de la CPAM pour avoir une couverture, il s'agit d'une aide à la mutualisation, mettre NON, la question sera traitée plus loin].

oui non ne sait pas

Si oui en Q32. et non en Q32.1

Q32.2. Vous pensez avoir droit à la CMU mais vous ne l'avez pas, pourquoi ?

(Ne rien suggérer)

- Manque d'information sur les droits (pas au courant, ne pensait pas y avoir droit, personne ne m'en a parlé...)
- Difficulté de la démarche (trop compliqué / ne sait pas où s'adresser/ n'ose pas)
- Déjà couvert pas ailleurs (mutuelle ou assurance, 100 % sécu)
- Pas intéressé / pas le temps / pas utile
- Démarches en cours / va le faire / y pense
- Demande rejetée
- Autre
- NSP

Source : questionnaire principal SPS, 2004.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/Questionnaires/2004/ESPS2004QuestionnairePrincipal.pdf>

B. Des études construites à partir de protocoles méthodologiques ad hoc

Pour pallier aux lacunes de SPS, le Fonds CMU-Choisit d'emprunter un second chemin méthodologiques et de retenir deux études élaborant des enquêtes *ad hoc*. Même si ce type d'enquêtes est plus coûteux, il constitue un moyen fiable pour circonscrire et comprendre le non-recours à un droit (Math, 2003b). Dans son cadre, il est, par exemple, possible de faire varier la taille de l'échantillon, de faire en sorte qu'il soit ou non représentatif d'une population plutôt que d'une autre, de poser des questions relatives aux raisons du non-recours

en fonction d'hypothèses pré-établies. Par rapport à l'usage de travaux pré existants, l'élaboration d'enquêtes pour étudier spécifiquement le non-recours offre ainsi des marges de manœuvre plus grandes en termes de populations prises en compte, mais aussi concernant les informations qu'il est possible de construire.

Dans le cas qui nous concerne, l'étude de l'IRTS, tout comme celle de l'ODENORE, offrent l'opportunité de mesurer le non-recours au sein de populations pour lesquelles pèse un soupçon de non-recours. C'est notamment le cas pour les allocataires du RMI et des « travailleurs pauvres ». Les protocoles méthodologiques envisagés s'appuient sur des ressources informationnelles capables de donner à voir le non-recours classique à la CMU-C au sein de ces populations. En parallèle, ces études peuvent approfondir la connaissance des causes du non-recours, en effectuant en outre des enquêtes par questionnaires sur-mesure, adaptées au profil du public enquêté (Vial, 2010).

Ainsi pour l'étude de l'IRTS, le choix d'enquêter au sein de foyers et de résidences sociales s'explique par le fait que les gestionnaires des établissements disposent d'informations sur les revenus des personnes hébergées. L'accès à ces structures est en effet soumis à condition de ressources. Brigitte Berrat, responsable de cette étude, l'explique :

« Nous avons choisi de réaliser l'enquête au sein de foyers et résidences sociales de la région parisienne gérés par différentes institutions. Ces établissements accueillent une population en situation de précarité sociale et financière, ce qui nous autorisait à penser qu'une partie d'entre elle relevait des dispositifs de la CMU-C ou de l'ACS ».

Extrait de l'article de Brigitte Berrat « Le non-recours à la CMU-Complémentaire : enquête au sein de foyers et de résidences sociales d'Ile de France », *Vie sociale*, n°1/ 2008.

Des accords avec les gestionnaires des établissements ont donc permis à B. Berrat de travailler à partir des données relatives aux ressources des personnes, afin de repérer celles pouvant potentiellement prétendre à la CMU-C⁸⁴. En rencontrant ensuite ces personnes, il est possible de leur demander si elles bénéficient ou non de ces dispositifs, mais également de leur passer un questionnaire afin de déterminer les causes de leur non-recours. Le

⁸⁴ Discussion avec Brigitte Berrat lors de la journée d'études « Ceux qui ne demandent rien. Le non-recours aux droits sociaux », octobre 2007.

questionnaire aborde six thématiques correspondant aux hypothèses comportementales et institutionnelles faites par la sociologue et tenant compte des présomptions rassemblées par le directeur du Fonds CMU : la connaissance des dispositifs, le recours aux droits, le rapport aux administrations en général et à la CPAM en particulier, le rapport au système de soins, l'estime de soi et les représentations de la santé et de la maladie.

Le protocole *ad hoc* proposé par l'IRTS s'adosse bien à un terrain lui permettant de circonscrire le non-recours à la complémentaire, tout comme l'étude de l'ODENORE d'ailleurs. La particularité de cette dernière est de chercher à s'appuyer sur les informations détenues par une CPAM dans ses bases de données. Ce choix repose sur un constat : il existe des échanges dématérialisés entre branche Famille et branche Maladie concernant les allocataires du RMI puisqu'ils sont admis de plein droit dans le dispositif CMU-C. Depuis avril 2000, les CAF fournissent mensuellement à la CNAMTS les modifications concernant les dossiers RMI : ouvertures et fins de droit ; arrivées et départs d'un membre du foyer allocataire. La Caisse nationale se charge de transférer les informations vers les CPAM.

Celles-ci sont donc théoriquement en mesure de cibler, à partir de leurs bases de données, les allocataires du RMI afin de déterminer, dans un second temps, s'ils bénéficient ou non de la CMU-C. Pour chaque assuré présent dans ses fichiers, les CPAM disposent en effet d'une information concernant le type de couverture complémentaire qu'il possède. A l'instar de cela, les informations détenues par les caisses permettent *a priori* de franchir la première marche de l'identification du non-recours à un droit ciblé ; elles offrent de ce fait la possibilité de quantifier et d'enquêter auprès de non-recourants bénéficiaires du RMI.

Travailler à partir de leurs informations peut, en l'occurrence, ouvrir des portes importantes pour le Fonds CMU : l'estimation de taux de non-recours à partir de grands effectifs et l'élaboration de taux territorialisés. A la différence des grandes enquêtes populationnelles qui ne peuvent que difficilement être ventilées territorialement, compte tenu des contraintes de représentativité des échantillons, les sources administratives peuvent donner lieu à une modulation des zonages géographiques (Desrosières, 2005). Le Fonds peut ainsi espérer observer le non-recours primaire à une échelle infra nationale. Les données des organismes de Sécurité sociale permettent aussi d'envisager la production d'une image actualisée du non-recours, répondant là encore à la demande du Fonds CMU de suivre « en temps réel » l'effectivité de la CMU. En effet et de manière générale, les sources administratives ont cet

avantage de donner accès à des données actuelles, leur gestion en continu étant en ce sens précieuse (Desrosières, 2005). En ce qui concerne le Fonds CMU, l'usage des données des CPAM constitue une ressource potentielle majeure pour quantifier le non-recours à la complémentaire localement et à partir de données régulièrement actualisées pour des raisons de gestion et de production administrative.

Mais l'objectif du Fonds CMU est aussi de contribuer à outiller le non-recours à la complémentaire. En construisant le projet d'étude avec l'ODENORE, il a vocation à déterminer une direction méthodologique pour informer régulièrement le phénomène et poser les jalons de son instrumentation administrative :

« On voulait aussi participer à l'effort méthodologique, on y avait intérêt. Il fallait à cette période avancer sur des méthodes qu'on puisse mobiliser régulièrement, qui permettent de construire des infos locales, un peu systématiques d'une CPAM à l'autre, par exemple sur les taux de non-recours ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

1.22 – Expérimenter l'outillage du non-recours à partir des bases de données de l'Assurance maladie

L'ODENORE a déjà eu l'occasion de travailler à partir des systèmes d'informations d'organismes de la branche Famille de la Sécurité sociale pour observer le non-recours aux droits. A l'époque, il travaille, avec la CAF de Grenoble, à l'élaboration de requêtes pour interroger ses bases de données, à partir d'hypothèses co-construites par les scientifiques et les acteurs de l'organisme. Ces hypothèses sont relatives à des possibilités de non-recours lors d'un parcours type au sein de la CAF, de la première immatriculation d'un allocataire jusqu'à sa sortie des droits (ODENORE, 2004b)

A. Les systèmes d'informations administratifs, des ressources pour observer le non-recours

Les bases de données administratives n'ont pas pour finalité première de produire des informations sur le non-recours. Elles répondent, d'abord, à la réalisation d'activités de gestion nécessitant la tenue de fichiers ou de registres individuels (Desrosières, 2005). Elles sont, néanmoins, de plus en plus exploitées de manière secondaire, pour bâtir des

informations statistiques destinées à suivre l'activité des services, à piloter l'action administrative et la mise en œuvre des politiques publiques mais également à les évaluer. Dans cette perspective, « *les données individuelles sont agrégées à travers de manipulations techniques pour créer un tout et devenir une information de portée plus générale* » (Desrosières, 2005). En ce sens, elles peuvent participer de la production de connaissances sur le non-recours aux droits, comme c'est en outre le cas dans d'autres pays européens (Exnota, 2003).

L'ODENORE soutient cette idée d'un ré usage des sources administratives. Mais si les informations détenues par les organismes sociaux permettent théoriquement d'étudier le non-recours classique, tout comme d'autres formes prises par le phénomène, ceci nécessite cependant un lourd investissement. Il s'agit de mettre au point des protocoles méthodologiques particuliers, appuyés principalement sur des requêtes informatiques (Warin, 2003). Compter, décrire, identifier le non-recours à partir des registres et autres fichiers administratifs supposent de se défaire des définitions et des catégories réglementaires instaurées pour la réalisation quotidienne des activités administratives. « *La numérisation du politique, c'est-à-dire le fait que les systèmes d'informations administratifs produisent des décisions à partir de données homogénéisées et stockées dans des bases rendues compatibles afin d'être traitées à des fins particulières choisies de façon discrétionnaire et rendues opérationnelles grâce à l'interopérabilité de ces systèmes* » (Desrosières, 2005) n'est pas donnée d'avance et soulève, en outre, des enjeux forts pour les acteurs administratifs.

Bruno Négroni partage l'idée de l'ODENORE selon laquelle les bases de données administratives peuvent constituer un point d'appui pour observer le non-recours aux droits :

« Certaines données sont sous-exploitées dans notre pays, les infos administratives peuvent servir autrement, pour le non-recours c'était l'idée ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Il explique cette position là encore par son passage au sein de la branche Famille dans les années 1980. Dès 1986 en effet, Bertrand Fragonard, alors directeur de la CNAF, a évoqué la question « des allocataires potentiels » lors d'une audition devant la section des affaires sociales du Commissariat au Plan. Il a souligné la nécessité de décompter et d'observer la situation administrative de tous ceux qui sont potentiellement éligibles à un droit, qu'ils le

fassent valoir ou non (Hamel, 2003). A cette période, la branche Famille fait donc de premières tentatives pour utiliser ses informations afin de construire des statistiques « clientèle » relatives aux publics qui bénéficient des prestations, mais aussi à ceux qui ne font pas valoir l'ensemble de leurs droits. Des travaux scientifiques sont, on l'a dit, également menés, dans les années 1990, pour étudier le non-recours à certaines prestations à partir des bases de données des CAF. On pense plus précisément au travail effectué sur l'Allocation parentale d'éducation (APE) par Anne Reinstadler, alors doctorante en sciences économiques à l'Université de Nancy. En extrayant certaines données et en reconstituant une base avec celles-ci, la chercheuse effectue une analyse économétrique approfondie de ce qu'elle nomme le « *quasi-non-recours à l'APE* » (Reinstadler, 1996 ; 1999).

B. L'usage potentiel des ressources informationnelles de l'Assurance maladie

Tout comme la branche Famille, l'Assurance maladie possède des ressources informationnelles multiples. Ne serait-ce que pour remplir sa mission principale de remboursement ou de paiement de prestations en rapport avec la santé des assurés, le seul Régime général traite, à lui seul, 1 milliard de feuilles de soins par an (CNAMTS, 2011). Si pendant longtemps, ces opérations ont été manuelles, elles se sont progressivement automatisées et l'essentiel du traitement des données au sein de l'Assurance maladie est désormais informatisé.

Cela a conduit au développement d'un vaste système d'informations qui a toujours pour finalité première d'optimiser le paiement des assurés et de renforcer la productivité des CPAM. A mesure que s'est ajouté le besoin de maîtriser les dépenses maladie, le système d'informations et les données recueillies ont cependant évolué, en termes de volume, de qualité et de précision, afin de permettre une meilleure connaissance des soins remboursés, des bénéficiaires et des prescripteurs (INSERM, 2006). Il s'est ainsi agi de faire de l'information une véritable ressource de la gestion du risque maladie au plus près des réalités de terrain et de dépasser l'aveuglement des opérateurs de la branche afin de répondre au mieux à l'assuré (Emile, 2011).

Le système d'informations de l'Assurance maladie se décompose en bases, locales et nationales, qui jouent peu à peu des rôles divers dans la production du service, le suivi de l'activité et la réalisation d'études notamment épidémiologiques (INSERM, 2006). Le

système d'informations se constitue notamment de bases nominatives, qui permettent un retour au dossier de chaque assuré, et de bases anonymes telles le Système national d'information inter régimes de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) contenant des données individualisées relatives à la santé et à la consommation médicale de 63 millions de français ou l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (EGB). L'EGB possède des informations relatives à un échantillon d'assurés des régimes obligatoires d'Assurance maladie avec un historique de 20 ans. Les bases anonymes ont surtout vocation à permettre l'archivage en masse des informations, à constituer une ressource pour la réalisation d'études par la CNAMTS -par exemple celle relative au RAC des bénéficiaires de la CMU-C- mais également à alimenter des enquêtes ou des cohortes (Polton et Ricordeau, 2011).

Comment mobiliser ce vaste système d'informations pour étudier le non-recours à la CMU-C ? Quel peut être son apport pour observer et connaître le phénomène ? Quels bases ou fichiers exploiter en premier lieu ? Telles sont quelques unes des questions qui se posent et auxquelles l'ODENORE et le Fonds CMU souhaitent répondre en lançant une étude au sein d'une CPAM. Il s'agit, pour commencer, d'investiguer une piste en particulier, d'expérimenter l'usage d'une partie du système d'informations, en l'occurrence celle utilisée par les organismes locaux dans la réalisation quotidienne de leurs missions. Car la multiplicité des données, et des fichiers créés pour mobiliser et stocker celles-ci, laissent présager de nombreuses possibilités pour décrire le non-recours. Il s'agit donc de faire un premier pas.

D'une manière générale et dès les premiers travaux qu'il a pilotés, le Fonds a voulu user des données de l'Assurance maladie pour suivre la mise en œuvre de la CMU et son impact sur la consommation de soins de ses bénéficiaires. Cette ambition méthodologique ne porte ainsi pas spécifiquement sur le non-recours aux droits. Pour ce phénomène cependant, elle est particulièrement importante : les obstacles pour le rendre visible sont en effet multiples. Ils sont surtout présentés par les acteurs de l'Assurance maladie « *comme la principale barrière à la prise en compte du non-recours à la complémentaire publique et à sa résolution potentielle par l'institution* »⁸⁵. L'investissement méthodologique est jugé trop lourd, alors que le non-recours n'est pas nécessairement pensé comme un problème par les acteurs de la CNAMTS. Dans ce contexte et tout comme le Fonds a précédemment travaillé avec une CPAM à la construction d'indicateurs sur la consommation de soins des bénéficiaires de la

⁸⁵ Extrait de l'entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, février 2010.

CMU-C, la collaboration avec une Caisse primaire peut permettre d'étudier la faisabilité d'un état des lieux quantitatif du non-recours à la CMU-C, à une échelle départementale, et de cerner l'apport de ses données pour mettre en exergue le phénomène. Elle peut, en outre, permettre de ne pas solliciter les services statistiques de la CNAMTS et de contourner les désaccords existants au sein de la Caisse nationale s'agissant de la nécessité de se préoccuper des personnes qui ne font pas valoir leurs droits (Revil, 2012).

Le choix des trois études par le Fonds a donc été guidé par la possibilité méthodologique d'observer le non-recours à la CMU-C et d'en donner une vision à la fois chiffrée et qualitative. Pour ce faire, les travaux s'appuient sur plusieurs protocoles méthodologiques. La diversité des angles de vue est une condition pour disposer de données complémentaires, pour dresser un panorama assez large du non-recours, à l'échelle nationale et locale et au sein de plusieurs populations. Une condition également pour expérimenter des possibilités méthodologiques pour rendre visible de manière régulière le non-recours primaire et à suivre ainsi l'effectivité de la CMU-C.

Au delà des aspects cognitifs et méthodologiques, et notamment de la délicate question de l'échantillonnage des bénéficiaires potentiels de la CMU-C, les raisons expliquant le choix de ces trois études par le Fonds CMU sont aussi stratégiques. L'organisme est conscient du doute qui existe encore au sein de la Direction de sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé et de la CNAMTS concernant le non-recours, son ampleur, mais aussi du climat spéculatif concernant ses causes. Le choix des études dénote des considérations méthodologiques, mais également d'une stratégie du Fonds pour tenter de placer le non-recours sous les yeux des acteurs de la protection maladie afin qu'ils prennent conscience de l'existence de telles situations, de leur nombre et des diverses causes pouvant les expliquer.

1.3 – Un choix stratégique pour placer le non-recours sous les yeux des acteurs de la protection maladie

La sélection de ces études est également surplombée par des enjeux stratégiques. Alors que les acteurs de la protection maladie laissent encore largement le non-recours de côté, l'objectif du Fonds CMU est de placer le phénomène sous leurs yeux. Dans cette perspective, la décision de partir dans des directions méthodologiques opposées ne doit rien au hasard. Elle

est surplombée par une anticipation des conditions d'appropriation des résultats des études. En mobilisant l'enquête SPS, l'une des deux enquêtes les plus connues dans le domaine de la santé, il s'agit d'assurer une légitimité aux résultats, notamment chiffrés, et de leur donner un accès privilégié vers les services ministériels en charge de la CMU. L'expérimentation des bases de données d'une CPAM tend, quant à elle, à introduire le non-recours au cœur d'un organisme local et à lui donner l'idée de s'en saisir. C'est par l'intérieur de la branche Maladie, en lui faisant co-construire les contours du non-recours à partir des outils des caisses, que le Fonds veut stimuler l'intérêt des acteurs de l'Assurance maladie. En prenant aussi à son compte une partie de l'effort méthodologique visant à mobiliser les systèmes d'informations d'une CPAM pour d'autres finalités que celles qui leur incombent traditionnellement.

1.31 - Le centrage sur le non-recours à la CMU-C

En premier lieu, la stratégie du Fonds est de zoomer sur le non-recours primaire à la CMU-C. Toutes les études financées prennent le phénomène pour objet principal. Dans le chapitre précédent, nous avons expliqué que le crédit d'impôt mis en place par la réforme Douste-Blazy suscite les critiques. Dans cette perspective, le non-recours en la matière attire l'attention, activant l'intérêt général porté à la question de l'accès à la complémentaire santé des populations démunies. Des acteurs comme le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) soutiennent l'idée d'étudier globalement le non-recours aux dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée pour en comprendre les mécanismes et en délimiter plus précisément l'ampleur (HCAAM, 2005a). Selon le Haut Conseil en effet, c'est bien le non-recours, dans son ensemble, qu'il convient de rendre davantage visible pour évaluer l'effectivité de l'accès à la complémentaire des populations modestes. Pourtant, le Fonds décide de se centrer sur le non-recours à la CMU-C et de ne pas le camoufler par le non-recours à l'aide à la mutualisation.

Nous l'avons dit : les questions posées par les deux dispositifs ne sont pas de même nature. Pour l'aide à la mutualisation, c'est l'efficacité et la pertinence qui sont mises en cause. Le principe d'une somme donnée aux bénéficiaires pour acquérir une complémentaire paraît inadapté à la population ciblée. En ce qui concerne la CMU-C, le principe de la prestation fait globalement consensus, mais son efficacité à améliorer l'accès aux soins des populations

démunies est progressivement questionnée, à mesure que l'analyse du renoncement et du non-recours aux soins trouve comme explication principale, encore et toujours, les problématiques financières. Les deux problèmes ne s'expliquent ainsi pas par des causes identiques et n'interrogent, par conséquent, pas nécessairement les mêmes acteurs.

Par ailleurs, pour la DSS, le recul concernant le crédit d'impôt et le temps accordé pour laisser le dispositif monter en charge sont, à cette période, insuffisants pour émettre un jugement solide concernant le non-recours. Aborder le phénomène dans ce contexte attiserait les polémiques, sans pour autant apporter des éléments de connaissance fiables. Même si les précédents dispositifs d'aide à la mutualisation n'ont pas donné satisfaction et si les acteurs de la protection maladie restent sur ces échecs, il convient selon les acteurs étatiques de laisser quelques mois au nouveau dispositif pour se déployer. Ceci également pour avoir le temps d'organiser des remontées d'information solides vers le Fonds et les services ministériels, depuis les CPAM et les Organismes complémentaires (OC), afin de procéder à un chiffrage plus fiable de la population effectivement bénéficiaire. En effet, les OC peinent à mettre en place les outils informatiques pour effectuer les décomptes des bénéficiaires du crédit d'impôt, décomptes au cœur des remontées d'informations vers les acteurs nationaux (Fonds CMU, 2005). Le directeur de la DSS explicite la position de sa direction à cette période :

« Quand on met un nouveau dispositif en place, il faut toujours un peu de temps. Et c'est impossible d'avoir immédiatement toutes les informations nécessaires pour faire des études solides ».

Entretien avec Dominique Libault, Directeur de DSS du ministère de la Santé, juin 2009.

Derrière ces arguments, il s'agit surtout pour la DSS, et comme le suggère le directeur du Fonds, de ne pas attiser les interrogations relatives à la pertinence du crédit d'impôt. Etudier le non-recours et traduire le rapport des ressortissants potentiels de l'aide à la mutualisation avec celle-ci aurait en effet pu démontrer son inadaptation à leurs besoins et venir soutenir un argumentaire concernant sa suppression :

« On aurait pu étudier le non-recours en général. Mais sur l'aide à la mutualisation les choses étaient déjà compliquées... La DSS n'était pas forcément pour au final, on l'a compris lors de la présentation des sujets d'études au Conseil d'administration. Ce n'était pas la

même chose pour la CMU-C, le problème n'était pas vraiment perçu. Et puis Bruno Négroni avait envisagé des études exclusivement sur la CMU-C pour bien comprendre ce problème là et montrer que ça concernait pas mal de personnes ».

Extrait d'une discussion avec Jean-François Chadelat, au Fonds CMU, avril 2008.

En se centrant sur le non-recours à la CMU-C, le but du Fonds est également de faire en sorte que la DSS et l'Assurance maladie perçoivent et se saisissent de ce problème spécifique et, qu'en tant qu'acteurs chargés du pilotage et de la mise en œuvre du dispositif, ils s'interrogent sur les réponses à apporter. Car si le Fonds peut lancer des études et participer à améliorer la connaissance du non-recours, il n'est, comme nous l'avons expliqué plus tôt, ni en position de décider d'une évolution législative relative aux conditions d'ouverture du droit, ni de modifier la mise en œuvre des prestations. Il ne peut qu'alerter les acteurs qui pilotent et mettent en œuvre la CMU, soulever les éventuels dysfonctionnements institutionnels et faire des propositions pour renforcer le recours aux droits. On comprend en tout cas que la délimitation des études a fait l'objet de négociations, en particulier lors de réunions des instances du Fonds, et que les acteurs sont arrivés à une forme de compromis : le centrage sur la CMU-C est acté, pour des raisons qui diffèrent néanmoins en ce qui concerne l'agence du Fonds et la direction du ministère.

1.32 – La légitimité d'une enquête reconnue pour quantifier le non-recours

Dans un contexte de doute concernant le nombre de personnes qui ne font pas valoir leurs droits, le Fonds choisit de mobiliser une enquête nationale reconnue et effectuée depuis de nombreuses années en France. SPS est en effet « routinisée » et standardisée ; le travail de construction méthodologique n'est donc pas à faire, ce qui induit en outre un coût moins important pour le Fonds. De plus, puisqu'elle a déjà servi pour approcher le non-recours à la CMU-C, les acteurs sont globalement en capacité de déterminer les informations que l'enquête peut produire. Ils savent, entre autre, qu'une quantification est envisageable.

L'usage de l'enquête SPS tient ainsi à sa légitimité pour donner une validité scientifique au chiffre et à la réalité des faits qu'elle est censée décrire. Elle apparaît comme une caution scientifique pour circonscrire un taux de non-recours et donner au problème une objectivité instrumentale (Ogien, 2010), telle que décrite par la sociologie de la quantification. Celle-ci

s'intéresse à la « *valeur sociale* » du chiffre, c'est à dire à « *la manière dont il est doté d'importance -ou pas- par des individus au cours d'une action ou d'une délibération (...). Ce qui importe en premier lieu s'agissant de cette valeur sociale, c'est bien l'attitude qui consiste à doter le chiffre de trois propriétés : celles d'être vrai, neutre et incontestable* » (Ogien, 2010). Propriétés en relation directe avec le lien que le chiffre entretient avec l'objectivité, entendue non pas comme une exactitude arithmétique mais comme catégorie de pensée. L'anticipation de l'attribution de ces propriétés par les acteurs qui vont se saisir des chiffres est primordiale, et s'intègre dans toute sorte de stratégies émanant d'acteurs impliqués dans l'action publique. L'objectivité du chiffre est en quelque sorte instrumentalisée pour assurer un usage social au chiffre, usage dans un sens souhaité. Cela semble bien être le cas du Fonds CMU. En utilisant préférentiellement une enquête scientifique reconnue et légitime, construite par des économistes de la santé entretenant des relations fréquentes avec des Hauts fonctionnaires (Tabuteau, 2008), il cherche à optimiser l'octroi d'un caractère objectif aux taux de non-recours afin d'accroître leur appropriation par les acteurs de la protection maladie.

« SPS est une enquête qui existe depuis longtemps et qui est devenue un outil dans l'évaluation des politiques de santé. Notamment sur la CMU. C'était un peu comme une garantie scientifique et politique. Elle fait partie des grandes enquêtes pour produire de la statistique ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Au delà du fait que l'enquête soit scientifiquement « rôdée » et qu'elle constitue un instrument jugé légitime du point de vue de ses caractéristiques méthodologiques, c'est parallèlement sa notoriété auprès des acteurs publics et ses usages politiques qui poussent le Fonds CMU à faire ce choix. L'enquête SPS est, en effet, un instrument d'évaluation des politiques de santé et de protection sociale en France. Elle produit plusieurs indicateurs, comme le taux de renoncement aux soins et le taux de personnes non couvertes par une complémentaire en général, qui sont utilisés pour évaluer les politiques sanitaires et sociales.

Elle constitue parallèlement un outil d'aide à la décision publique, ses données alimentant, par exemple, la réflexion du HCAAM et de la Cour des comptes comme nous l'explique Bertrand Fragonard lors de notre entretien en avril 2009. Depuis la mise en place de la CMU, SPS est l'un des vecteurs principaux d'informations sur le dispositif. Mobilisée dans le cadre du

protocole évaluatif prévu initialement par le ministère, elle a contribué à mettre à disposition des pouvoirs publics une connaissance solide sur les bénéficiaires, leur consommation de soins et leur état de santé. Nous avons eu l'occasion d'évoquer cela plus tôt dans ce travail.

L'enquête SPS est en outre effectuée par l'IRDES ; en France, l'Institut est le premier producteur de données en économie de la santé et nourrit régulièrement la réflexion des acteurs du système de santé français. Il entretient des relations privilégiées avec la DREES et se positionne dans une forme de réponse à la demande administrative (Chauvière, 2005). Leur collaboration a ainsi vocation « à doter les ministères sociaux, et tous les organismes gravitant autour d'eux, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation de leurs actions à partir d'un socle statistique solide » (Elbaum, 2009), comme l'explique Mireille Elbaum qui fut directrice de l'IRDES. L'Institut travaille, par la même, régulièrement avec la CNAMTS, ainsi qu'avec les autres régimes de base d'Assurance maladie qui le financent d'ailleurs à 80%. En 2005, Dominique Polton quitte d'ailleurs la direction de l'IRDES pour intégrer la Direction de la stratégie, des études et de la statistique de la CNAMTS. Elle demeure, cependant, membre du Conseil scientifique de l'Institut.

Dans la mesure où le non-recours à la CMU-C peine à s'imposer comme un problème légitime, travailler à partir d'une des plus grandes enquêtes nationales en matière de santé et avec l'IRDES apparaît comme un moyen d'assurer une reconnaissance aux futurs résultats. Ils ont ainsi davantage de chances d'être entendus et pris en compte par la DSS et par la CNAMTS. Le Fonds choisit ainsi de s'appuyer sur une forme d'autorité technique et sociale reconnue, celle d'un acteur qui participe de la production de la statistique publique (Bardet et Jany-Catrice, 2010). En usant de l'enquête SPS et en s'associant à l'IRDES, le Fonds CMU crée les conditions pour que les taux de non-recours soit pris au sérieux, dans un contexte où les rares chiffres existants ont constamment été mis en doute et assez largement ignorés.

1.33 - L'expérimentation pour implanter le non-recours au cœur d'une CPAM

Lors de son travail de rassemblement d'indices sur le non-recours à la CMU-C, les acteurs du Fonds ont notamment eu l'occasion d'échanger avec des acteurs de la CNAMTS. Ces derniers expliquaient la faible prise en compte du non-recours à la CMU-C par la complexité et les difficultés méthodologiques pour le rendre visible. En engageant une étude en partenariat avec

une CPAM, le Fonds veut contribuer à lever cet obstacle méthodologique, en bénéficiant de l'appui de l'ODENORE. Celui-ci détient une expérience en matière d'outillage du non-recours à partir de données administratives. Raphaëlle Verniolle, qui en 2005 travaille encore à la CNAMTS avant d'intégrer le Fonds CMU quelques années plus tard, rappelle que cette direction méthodologique était nécessaire mais complexe :

« Travailler avec une caisse, c'était important (...). Ce n'était pas donné d'avance... Le non-recours n'était pas au centre des priorités de la CNAMTS et les CPAM butaient sur la question des méthodes, disaient que c'était coûteux en temps, en moyens humains ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

En pilotant une étude qui s'appuie sur les outils informatiques de la branche Maladie, le Fonds espère ouvrir une voie méthodologique et, surtout, donner l'idée à une CPAM de se saisir du non-recours en lui démontrant, à partir de ses données, l'ampleur du phénomène. En donner une image institutionnelle peut, selon Bruno Négroni, accroître l'intérêt qui y est porté en interne de la branche et démontrer les potentialités des outils à disposition. Il s'agit donc avec l'étude de l'ODENORE de faire les premiers pas dans la construction de méthodes et de démontrer que les obstacles techniques peuvent être dépassés. Parallèlement, si l'information sur le non-recours provient d'une CPAM, le Fonds pense qu'elle peut être davantage prise en compte par la CNAMTS et relayée en son sein. L'objectif est bien d'engager un processus d'intéressement de l'intérieur à la question du non-recours à la CMU-C et de soutenir une forme de co-construction des informations statistiques relatives au problème pour renforcer leur usage par les caisses.

De manière générale, le Fonds CMU-Cherche l'appropriation par les acteurs administratifs des méthodes et des informations élaborées au sein des études qu'ils financent (Fonds CMU, 2003). Mais cette volonté est plus forte concernant le non-recours aux droits. Alors que l'élaboration de l'information statistique à partir de procédures de gestion administrative peut poser le problème de l'extériorité du savoir par rapport à l'action, il s'agit ici d'y associer pleinement les acteurs administratifs. Ainsi *« expérimenter (...) et réaliser le lourd investissement méthodologique initial pour construire certaines informations et indicateurs »* (Fonds CMU, 2003) peut permettre aux CPAM de percevoir des problématiques peu visibles, d'y apporter une réponse mais également de disposer d'outils directement utiles au pilotage de la CMU.

Globalement, les trois études financées par le Fonds sur le non-recours à la CMU-C ont vocation à faire exister, sous une forme chiffrée, ce qui était auparavant exprimé seulement par des mots et souvent ignoré (Bardet et Jany-Catrice, 2010). Donner un poids de réalité au phénomène est un pas de plus vers sa problématisation. L'idée est bien aussi de dessiner un reflet des raisons du non-recours, notamment institutionnelles et d'en faire ainsi un outil pour reconfigurer la gestion de la CMU-C. Mais comment le Fonds CMU met-il en œuvre cette stratégie et notamment le volet expérimental au sein d'une Caisse primaire ?

Il reste à comprendre pourquoi une CPAM accepte d'ouvrir ses bases de données à l'ODENORE et de s'impliquer dans une étude sur le non-recours, alors même que celui-ci ne fait pas partie des objectifs prioritaires de la branche Maladie. Nous rejoignons ici une question centrale : si l'utilisation des bases de données administratives constitue une piste sérieuse pour observer et produire de la connaissance sur le non-recours, elles restent cependant en France largement inexploitées (Warin, 2003). La plupart du temps parce que les acteurs, détenteurs des bases, n'en autorisent pas l'accès, particulièrement lorsque la lutte contre le non-recours aux droits n'est pas au cœur de leur stratégie institutionnelle (Warin, 2007 ; Revil, 2009).

Comment alors mobiliser les possesseurs de données ? Le développement de travaux sur le non-recours aux droits à partir des données d'acteurs administratifs exige en général beaucoup de temps, d'explication et de préparation⁸⁶. Ce sont bien souvent la rencontre et la conviction d'acteurs individuels, administratifs ou scientifiques, qui font la différence. Si la décision de mise à disposition des informations administratives apparaît comme le fruit de convictions personnelles de la part de quelques acteurs, ce n'est pour autant pas suffisant. La condition est également que l'observation du non-recours aux droits puisse répondre, d'une manière ou d'une autre, à des intérêts institutionnels qui permettent de justifier l'engagement dans l'effort méthodologique.

Après nous être intéressée spécifiquement au choix de l'acteur qui commande et finance les études, nous allons élargir notre angle de vue et démontrer comment l'étude de l'ODENORE au sein d'une Caisse primaire a vu le jour. Ceci nous semble être un moment particulièrement

⁸⁶ Extrait d'un document de travail de Philippe Warin, 2004.

important du processus de catégorisation du non-recours à la complémentaire. Cette décision ne relève pas uniquement du Fonds CMU, mais révèle une position tout à fait stratégique d'un acteur de la CNAMTS, qui se positionne en marginal sécant. Alors que l'analyse faite jusqu'à présent du positionnement de l'institution, par rapport au non-recours aux droits, suggère une implication minimale dans son émergence, nous allons voir que le rôle d'un acteur de la CNAMTS est déterminant. L'analyse de l'élaboration de cette étude fait l'objet de la seconde section de ce chapitre.

SECTION 2.

DES JEUX D'ALLIANCE POUR ETUDIER LE NON-RECOURS A LA CMU-C A PARTIR DES SYSTEMES D'INFORMATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE⁸⁷

Le choix des études traduit une stratégie du Fonds mais aussi celle d'autres acteurs administratifs. Notamment à la CNAMTS où Danielle Jafflin, cadre qualité et ancienne responsable de la Direction de l'action sociale, souhaite introduire le non-recours à la CMU-C dans le Plan de lutte contre les exclusions de la Caisse nationale. Jusqu'ici les résistances relatives au non-recours internes à l'Assurance maladie ont mis en échec ses tentatives visant à observer le non-recours pour vérifier l'effectivité des droits à la complémentaire.

Comment cette étude est-elle devenue possible alors que le non-recours n'est pas au centre des priorités de l'Assurance maladie ? Son lancement n'est pas le fait du hasard, mais constitue le fruit d'un travail de longue haleine pour rapprocher des acteurs individuellement intéressés et convaincus par le non-recours, mais qui ne peuvent travailler dessus de manière unilatérale. C'est Danielle Jafflin qui orchestre ce rapprochement entre acteurs administratifs et scientifiques. Ceux-ci ne s'engagent d'ailleurs pas dans ce processus d'étude sans y percevoir aussi l'intérêt de l'institution à laquelle ils appartiennent.

Danielle Jafflin est aussi à l'origine du rapprochement entre ses acteurs convaincus et la CPAM de Grenoble, dont les bases de données vont servir à la réalisation concrète de l'étude. Plus précisément du rapprochement entre le Fonds CMU, l'ODENORE et le directeur adjoint de la CPAM, Gérard Dourgnon, acteur localement très impliqué sur la question de l'accès aux droits des populations fragiles, que ce soit professionnellement ou de manière militante. Cependant, G. Dourgnon part à la retraite, quelques semaines seulement avant le démarrage de l'étude. Ce départ modifie profondément la donne, puisque les dirigeants de la CPAM, qui prennent le relais pour le suivi de l'étude, ne montrent pas un intérêt particulier pour le non-recours, s'investissant en outre de manière prioritaire sur la problématique de la fraude à l'Assurance maladie.

⁸⁷Les informations présentes dans cette section proviennent principalement de documents de travail personnels de Philippe Warin. L'accès à cette littérature grise est essentielle dans la reconstruction du partenariat entre la CPAM de Grenoble et l'ODENORE.

2.1 - Le rapprochement d'acteurs intéressés par le non-recours à la CMU-C

Dans le second chapitre, nous avons évoqué le rôle essentiel d'un acteur convaincu par le non-recours quant à son ampleur, ses conséquences, mais aussi son caractère opérationnel pour renforcer l'effectivité de la CMU-C. L'existence d'acteurs convaincus, ou intéressés, par le non-recours nous semble être un facteur important dans la prise en compte progressive du phénomène. Même si les raisons de leur conviction sont différentes, le contact qui s'établit progressivement entre ces acteurs est un élément clef pour comprendre la catégorisation du non-recours.

2.11 - La rencontre à la faveur d'un mouvement de relance du Plan de lutte contre les exclusions

En 2004, à la demande de la ministre déléguée à la Lutte contre les exclusions, Nelly Olin, la Direction générale de l'action sociale (DGAS) met en place un groupe de travail dans le cadre de l'application du Plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion publié en mars 2003. Partant du constat que les droits sociaux demeurent toujours très difficiles d'accès, ce Plan de renforcement rappelle l'objectif prioritaire de la loi de 1998 de rendre effectif l'accès aux droits des personnes en situation de précarité ou d'exclusion (PNRLE, 2003). Il relance ainsi les objectifs inscrits dans le premier Plan national d'action français en la matière, publié en 2001, et dont l'évaluation a montré la faible mise en œuvre (Hamel et Math, 2003).

A. *Un groupe sur l'accès aux droits constitué d'acteurs de natures diverses*

Ce groupe de travail, intitulé « Lutte contre les exclusions, qualité de l'accueil et participation des personnes en difficulté », a vocation à produire une réflexion sur l'accueil dans les organismes publics et à faire remonter les bonnes pratiques en la matière afin d'améliorer d'accès aux droits des personnes fragiles. Il doit préparer un rapport de propositions à la ministre déléguée à la Lutte contre l'exclusion, partant d'une série d'auditions d'expériences locales innovantes afin d'élaborer « *une véritable politique de prospection des droits inversant la logique selon laquelle la demande par l'utilisateur prévaut encore sur la recherche des bénéficiaires potentiels par les organismes sociaux* »⁸⁸.

⁸⁸ «Plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion», *Site du Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité*, 2003, [En ligne], <http://www.social.gouv.fr.>, 10.

Animé par la Sous-direction des politiques d'Insertion et de Lutte contre les exclusions de la DGAS, le groupe associe des représentants de plusieurs directions ministérielles, d'institutions impliquées dans la mise en œuvre des droits fondamentaux, mais également des représentants associatifs. Ainsi le groupe est-il constitué d'acteurs de la CNAF, de la CNAMTS, de la CCMSA, de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), de la Direction générale de la santé (DGS), de la DREES, de l'UNIOPSS et du Secours catholique⁸⁹. L'ODENORE participe également à la réflexion ; la DGAS s'intéresse, en effet, au non-recours car, selon elle, « *ce problème, et donc [celui] de l'effectivité de l'accès aux droits, pèsent de manière particulièrement significative pour les populations précaires* » (DGAS, 2005)

La Direction a, en outre, en charge la préparation pour la France du prochain Plan national d'action pour l'inclusion (PNAI)⁹⁰. Elle souhaite y introduire la question du non-recours aux droits et travailler plus spécifiquement avec l'ODENORE à la préparation d'un indicateur de prévention de l'exclusion⁹¹. L'élaboration d'indicateurs sur le non-recours rejoint par ailleurs la proposition d'un autre groupe de travail intitulé « Droits fondamentaux. Accès, exercice, recours », mis en place par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) pour préparer la première Conférence nationale de lutte contre l'exclusion⁹².

B. Un groupe qui réfléchit sur le non-recours

Depuis plusieurs années déjà, le non-recours a acquis de la visibilité parmi les acteurs en charge de la lutte contre les exclusions, Comité interministériel et Conseil national de lutte contre l'exclusion en premier lieu. La montée en puissance du non-recours, dans les années 1990 en France, est d'ailleurs consubstantielle de celle de l'exclusion, « *dans une conception de type institutionnaliste expliquant le phénomène comme le résultat de la non réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi* » (Hamel et Math, 2003).

⁸⁹ Extraits des documents personnels de P. Warin.

⁹⁰ Les PNAI, élaborés depuis 2001, sont une déclinaison des Plans de lutte contre l'exclusion nationaux dans le cadre de la Méthode ouverte de coordination (MOC), instrument de la stratégie européenne de Lisbonne <http://www.cnle.gouv.fr/Les-PNAI-francais.html>

⁹¹ Le groupe a ainsi proposé, en réponse aux demandes d'actions prioritaires inscrites dans le nouveau Plan de cohésion sociale issu du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE) de juillet 2004, « la promotion de l'Observatoire du non-recours » (action 5) et plus largement « la mise au point d'indicateurs sur le non-recours aux droits » (action 8).

⁹² Rapport présenté lors de la Conférence nationale de lutte contre l'exclusion et pour l'insertion, tenue le 6 juillet 2004, sous la présidence du Premier ministre.

Dès le début des années 1980 et comme cela a été explicité en introduction, la convergence d'initiatives associatives (notamment celle du collectif ALERTE), administratives et scientifiques (emmenées par la CNAF), puis relayées par des acteurs gouvernementaux, amènent une reconnaissance progressive de l'accès aux droits comme levier potentiel pour réduire la pauvreté et l'exclusion. Cette reconnaissance s'inscrit aussi dans la foulée de la parution de plusieurs rapports majeurs sur l'exclusion (Warin, 2007). En particulier ceux du père Joseph Wresinski en 1987 et de Geneviève de Gaulle Anthonioz intitulé *La Grande pauvreté. Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté* en 1995. Entre ces deux parutions majeures, le Secours catholique produit pour la première fois, en 1994, un rapport sur les publics accueillis dans ses centres. De nombreuses données chiffrées y sont fournies sur des populations inconnues des organismes sociaux car complètement à côté de leurs droits. En parallèle, le ministère des Affaires sociales commande des travaux pour participer à la compréhension des mécanismes d'exclusion. En 1992, Bertrand Fragonard rédige un rapport sur les minima sociaux, tandis que Christian Chasseriaud, alors Président de l'Association française des organismes de formation et de recherche en travail social (AFORTS) travaille en 1993 sur la grande exclusion.

La convergence de ces initiatives connaît un apogée. En 1998, la Loi de lutte contre l'exclusion sociale est votée. Dans le cheminement de la question de l'accès aux droits, elle constitue un moment crucial car elle donne une consistance juridique à la notion d'effectivité des droits (Roman, 2012). Elle joue, par la même, un rôle primordial dans la reconnaissance du non-recours comme problème d'importance dans le fonctionnement du système administratif français (Hamel et Math, 2003). Dans son sillage, les acteurs nationaux en charge de la lutte contre les exclusions participent fortement à la diffusion de la question du non-recours en France. Ils tendent notamment à favoriser son appropriation et son déploiement par les acteurs administratifs concernés par la mise en œuvre des droits destinés aux publics démunis.

Dans cette perspective, le groupe de la DGAS donne une occasion à l'ODENORE de présenter son travail, ses premières expériences quant à l'observation du non-recours et de diffuser de la connaissance sur le phénomène. Sa présence dans le groupe est un point d'ancrage pour faire cheminer la question, mais aussi pour accroître sa visibilité auprès d'éventuels partenaires. L'Observatoire a en effet besoin de travailler avec des acteurs

disposant de ressources informationnelles et financières pour avancer dans sa réflexion sur le non-recours. Les acteurs administratifs et associatifs, présents dans le groupe, partagent avec l'Observatoire leurs points de vue, leurs idées et leurs expériences concernant l'accès aux droits de leurs bénéficiaires, que ce soit pour repérer les personnes en difficulté, les accueillir ou les accompagner vers l'ouverture de leurs droits.

En 2004 donc, un mouvement de reconnaissance accru du non-recours s'engage en France, à la faveur de la relance des plans gouvernementaux de cohésion sociale et de réponse au PNAI européen. L'instrumentation du phénomène et la construction d'indicateurs sont de plus en plus souhaitées par les acteurs nationaux chargés de la lutte contre l'exclusion. Des groupes de travail, associant des acteurs de différentes natures, se créent et sont l'occasion d'échanges sur le non-recours aux droits en général. Ce mouvement relatif à la réactivation de la lutte contre l'exclusion et sa mise en pratique à travers des groupes de travail inter institutionnel permettent à l'ODENORE de rencontrer un acteur de la CNAMTS intéressé par le non-recours à la CMU-C. Ils bâtissent ensemble les prémises d'une alliance pour approcher le phénomène à partir des systèmes d'informations de l'Assurance maladie.

2.12 - La présence d'un acteur de la CNAMTS intéressé par le non-recours

Nous avons souligné la présence de plusieurs organismes de Sécurité sociale dans le groupe de travail de la DGAS. En ce qui concerne la CNAMTS, c'est Danielle Jafflin, membre du projet « précarité » de la Direction de l'animation du réseau des CPAM qui participe. Cette Direction transversale est chargée d'assurer le dialogue entre la Caisse nationale et les CPAM. Elle observe les actions mises en place localement pour conforter la gestion du risque, suit et accompagne les projets des Caisses primaires. Elle tend aussi à généraliser les expériences locales probantes à l'ensemble du réseau. La Direction se compose de plusieurs « projets » qui se centrent sur des axes particuliers de la politique du régime général de l'Assurance maladie. Le projet « précarité » se focalise sur les actions des CPAM relatives aux populations rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins et aux droits. Il s'agit de mettre progressivement en place une réponse homogène au niveau national auprès de ces personnes, en faisant remonter les bonnes pratiques locales⁹³. Danielle Jafflin, cadre qualité à la

⁹³ Eléments issus d'une discussion avec Jacques Amalric, chargé de mission à la CNAMTS, rencontré à plusieurs reprises à l'occasion du Groupe de travail « Accès aux soins et aux droits » mis en place par

CNAMTS, est associée au projet précarité de la Direction de l'animation du réseau des caisses du fait de son expérience sur l'accès aux droits des populations démunies. Elle fait partie de ces acteurs individuellement intéressés et convaincus par le non-recours aux droits :

« Vous savez l'accès aux droits c'est une histoire d'envie, de convictions... Si on n'est pas convaincu que c'est important, on ne bosse pas là dessus car je reconnais que c'est complexe, qu'il faut se remettre en question en permanence, qu'il faut tâtonner, se redemander à chaque fois est-ce que ces gens ont bien leurs droits. D'ailleurs, après la mise en place de la CMU, je sais qu'on a pensé à la CNAMTS que j'allais encore poser cette question et c'est pour ça qu'on m'a mis ailleurs qu'à l'action sociale ».

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

Danielle Jafflin a été, dans les années 1990, responsable de la Direction de l'action sociale puis responsable de l'Assurance maladie, maternité et invalidité à la CNAMTS. Elle a ensuite travaillé à la Direction générale de la réglementation et a notamment œuvré pour faciliter l'affiliation à l'Assurance maladie de l'ensemble des personnes ayant des situations précaires ou fragiles, pour des raisons médicales, administratives ou sociales. En 1993, suite à la loi du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi du 1er décembre 1988 relative au Revenu minimum d'insertion (RMI) et à la lutte contre l'exclusion sociale, Danielle Jafflin a supervisé la rédaction des circulaires d'application pour l'Assurance maladie. Ce faisant, elle a renforcé le cadre dans lequel doivent s'inscrire les actions des organismes de la branche pour lutter contre l'exclusion sociale⁹⁴. Elle a notamment souligné la nécessité d'une détection précoce des situations de fragilité et d'un traitement qui doit selon elle, pour être global, faire appel au réseau de partenaires institutionnels. Lors de notre entretien, elle nous indique son intérêt pour l'accès aux droits et la responsabilité de l'Assurance maladie en la matière :

« Je me suis toujours investie pour que les situations de fragilité soient prises en compte correctement par l'Assurance maladie, pour rappeler que les droits théoriques ne sont pas les droits réels. Les années 1990 ont été marquées par ça... On avait un devoir d'imagination pour intégrer tout le monde dans la protection maladie ».

l'Institution en 2007. Rappelons que nous avons fait de l'observation participante au sein de ce groupe en 2008/2009.

⁹⁴ Rédaction de la circulaire du 6 janvier 1993, Direction de la gestion du risque, CNAMTS.

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, février 2010.

Responsable syndicale, elle s'est également investie à titre personnel dans le collectif associatif ALERTE et a participé à sa réflexion pour améliorer l'accès à la protection de la santé. En 1998 dans le sillage de la loi de lutte contre les exclusions, elle écrit un chapitre intitulé « Accès aux soins et couverture sociale, l'Assurance maladie confrontée à un impératif égalitaire » dans l'ouvrage *Précarité et santé* dirigé par Pierre Chauvin et Jacques Lebas. Elle y explique comment l'Assurance maladie peut améliorer ses actions en matière de lutte contre les inégalités et rappelle que « *l'effectivité des droits chez un individu engagé dans un processus de précarité et d'exclusion pose souvent problème* » (Jafflin, 1998).

Dans cet article, Danielle Jafflin défend une nécessaire transformation de l'organisation du travail au sein des CPAM pour mieux prendre en compte les situations atypiques et répondre aux inégalités persistantes d'accès aux soins. Elle revient tout particulièrement sur la question de l'innovation et du rôle des CPAM dans l'évolution de méthodes de travail devenues inadéquates aux nouveaux publics de la branche (Jafflin, 1998). Elle signale dans ce texte l'article 1^{er} alinéa 5 de la loi de lutte contre les exclusions « *qui stipule le devoir d'imagination qu'il est important pour les organismes sociaux de mettre en place* » (Jafflin, 1998).

Quelques années plus tard, en 2005, lors d'une journée organisée par le collectif ALERTE et l'UNIOPSS⁹⁵, elle exprime la nécessité toujours présente d'aller au devant de certains publics. Voici ses mots dans les actes de la rencontre du collectif : « *pour ceux qui sont à l'extérieur, qui ne sont plus momentanément actifs, c'était et c'est à nous, me semble-t-il d'aller les chercher et non pas d'attendre qu'ils viennent à nos postes* »⁹⁶. Danielle Jafflin fait en effet le constat qu'une partie des publics potentiels échappe en permanence à l'Assurance maladie et ne bénéficie pas des prestations et services auxquels elle peut prétendre.

Porteuse de la problématique de l'accès effectif aux droits au sein de la branche maladie, elle rencontre Philippe Warin à l'occasion du groupe de la DGAS et prend connaissance des travaux menés par l'Observatoire sur le non-recours en général et sur le non-recours en

⁹⁵ Journée intitulée « 10 ans après le Pacte, une nouvelle étape pour la lutte contre l'exclusion ». Actes disponibles à ce lien : http://www.alerte-exclusions.fr/docs/ACTES_26_mai_2005.pdf

⁹⁶ Extrait du propos de D. Jafflin tiré des actes pré cités.

matière de santé en particulier. L'ODENORE développe en effet des contacts en Isère avec des acteurs institutionnels et associatifs du champ de la santé et commence à travailler sur le non-recours aux droits à l'Assurance maladie avec Médecins du monde.

« Oui c'est dans les réunions de la DGAS qu'on s'est rencontré... Les discussions [avec Philippe Warin] ont été importantes. On avait des idées mais la présentation des travaux scientifiques a donné une grille de lecture à ce qu'on voyait sur le terrain et qui entrainait en fait dans le non-recours ».

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

Les discussions entre Philippe Warin et Danielle Jafflin *« ont aidé [cette dernière] à voir les différentes formes prises par le non-recours »*⁹⁷. Pour le responsable de l'ODENORE également, le groupe est l'occasion de découvrir les actions menées par certaines CPAM, telles les caisses des Landes et du Calvados qui ont mis en place des réseaux d'alerte pour détecter les personnes qui ne font pas valoir leurs droits à l'Assurance maladie de base et complémentaire. Les acteurs de ces CPAM ont été auditionnés par le groupe de travail dans le cadre du recensement des expériences locales visant à améliorer l'accès aux droits des populations fragiles (DGAS, 2005).

Le groupe de la DGAS signe la rencontre entre l'Observatoire et la CNAMTS, plus particulièrement avec Danielle Jafflin. Peu à peu, les échanges entre ces acteurs intéressés par le non-recours voient naître les termes d'une alliance. La participation de l'ODENORE contribue ainsi à introduire la question du non-recours auprès de la CNAMTS, en tout cas auprès de l'un de ses acteurs qui y est réceptif. Le non-recours donne forme à des situations que Danielle Jafflin perçoit bien, mais qu'elle peine à construire comme objet d'action pour la branche Maladie. Pour l'ODENORE aussi cette rencontre est importante. Elle ouvre la porte à une potentielle collaboration dans le domaine de la santé, chantier que l'Observatoire a commencé à investiguer localement, et l'accès à une ressource informationnelle massive. *« Danielle Jafflin est aussi prometteuse de conventions d'études avec des CPAM »*, comme le signale Philippe Warin lors de notre entretien⁹⁸.

⁹⁷ Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

⁹⁸ Entretien avec Philippe Warin, responsable de l'ODENORE, octobre 2009.

2.2 – L'émergence d'une alliance malgré des intérêts institutionnels spécifiques

Progressivement, l'Observatoire et la CNAMTS perçoivent donc la possibilité de travailler ensemble sur le non-recours à la CMU-C. Pour D. Jafflin se dessine une possibilité d'approcher le phénomène en faisant réaliser le travail méthodologique par l'Observatoire et en contournant ainsi les difficultés internes à la Caisse nationale. En son sein, l'intérêt de D. Jafflin pour le non-recours n'est pas partagé et le phénomène n'apparaît pas comme un chantier prioritaire.

Pour l'ODENORE, travailler avec des organismes de l'Assurance maladie est une opportunité pour étudier le phénomène en matière de santé à partir d'une ressource informationnelle massive. Dans l'optique de la construction d'indicateurs de non-recours, l'accès à une telle ressource n'est pas négligeable et peut donner la possibilité de tester concrètement l'élaboration d'un premier indicateur. L'émergence d'une alliance pour instrumenter le non-recours se dessine ainsi progressivement entre les deux acteurs. Chacun perçoit l'intérêt qu'il peut avoir à s'allier à l'autre pour travailler sur le sujet et pour concrétiser l'idée de l'observation par les systèmes d'informations de l'Assurance maladie.

2.21 - La CNAMTS : se saisir du non-recours sans fournir l'effort méthodologique initial

« Assez vite, notre idée a été d'introduire la question dans le plan de lutte contre les exclusions. On voulait aussi travailler avec l'ODENORE pour essayer de l'étudier avec quelqu'un qui connaissait le sujet ».

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

A. Réaffirmer la nécessité de repérer le non-recours aux droits maladie

La participation au groupe de travail de la DGAS a renforcé la conviction de Danielle Jafflin de la nécessité de tenir compte du non-recours dans la politique de lutte contre les exclusions de la CNAMTS. Depuis 2002, la Caisse nationale, comme tous les autres organismes sociaux, est tenue de rédiger son propre plan de lutte contre les exclusions afin de décliner les objectifs du Plan national en la matière. Parallèlement, la Direction relative à l'action sociale, plus particulièrement sa division de l'accès aux soins, a mis en place, fin 2002, la démarche

ARIANE (encadré 11). Cette démarche décline les grands principes diffusés par les acteurs nationaux de la lutte contre l'exclusion.

Encadré 11
La démarche ARIANE de la CNAMTS

En 2002 dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national de lutte contre les exclusions, la CNAMTS ont lancé la démarche ARIANE (Anticiper le risque, Informer, Agir à tous les Niveaux contre les exclusions). Son objectif principal est d'harmoniser les modalités d'intervention des organismes locaux en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. L'Action sanitaire et sociale (ASS) dépendant originellement des CPAM, chacune d'entre elles a développé des actions propres et construit des partenariats locaux, de manière plus ou moins volontariste, pour répondre aux situations d'exclusion. Suite à la mise en place du dispositif national de la CMU et dans un contexte de certification de l'ensemble des procédures institutionnelles, la CNAMTS veut homogénéiser l'action des CPAM auprès des publics fragiles et mettre en place des procédures nationales en terme de prospection, d'information et d'accompagnement. La démarche ARIANE tend dans un premier temps à faire remonter vers la CNAMTS les pratiques des Caisses primaires.

Source : Projet de plan pour une politique de lutte contre l'exclusion, CNAMTS, 2004.

En ce sens, l'un des points centraux d'ARIANE est de mettre en place, au sein de la branche Maladie, des opérations de repérage précoce des situations de fragilité pouvant entraîner des difficultés d'accès aux soins. La CNAMTS est censée élaborer une bibliothèque nationale de requêtes permettant de détecter, à partir des systèmes d'informations de la branche, des situations de fragilité vers lesquelles intervenir de manière préventive. Ce point de la démarche ARIANE peine cependant à se concrétiser. Depuis 2002, la CNAMTS n'a pas avancé. Il est vrai que la nécessité d'effectuer des opérations de prospection des bénéficiaires potentiels, idée importée par les acteurs de la lutte contre l'exclusion et relayée au sein de la CNAMTS par quelques acteurs marginalisés, ne fait pas consensus :

« Comme je vous l'ai dit la précarité à la CNAMTS, ce n'était pas la priorité pour tout le monde. L'idée c'était déjà de mettre en œuvre correctement la CMU, après aller chercher ceux qui ne venaient pas c'était une autre histoire. On n'avancait pas ».

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

Si la prospection du non-recours à la CMU-C ne percole pas à cette période, c'est notamment parce qu'elle semble quelque peu à contre-courant pour la plupart des acteurs de la CNAMTS.

En quelques années, le nombre de personnes couvertes par la CMU-C dépasse largement celui de l'ancien dispositif. Alors qu'en 1998, 3 millions de personnes disposent de l'AMD, la CMU-C, dès sa seconde année de mise en œuvre, concerne 4,5 millions de bénéficiaires (Volovitch, 2003). L'année 2003 est celle où les effectifs sont en outre les plus élevés. Dans ce contexte, le point de vue selon lequel la CMU-C apporte une réponse forte aux difficultés financières d'accès aux soins (IGAS, 2001) et au problème du non-recours à la complémentaire est largement partagé au sein de l'Assurance maladie :

« Bien sûr la CMU-C a amélioré les choses et on en a assumé la montée en charge. Et le résultat ça a été un nombre de bénéficiaires importants. Comment vouliez-vous qu'à la CNAMTS ils se disent que les gens ne venaient pas ? C'est un peu différent dans les CPAM, quoique... Ca dépendait aussi des personnes, il y en a qui bossait dessus, pas la majorité quand même ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Parallèlement, les rares CPAM qui tentent de mettre en place des systèmes informatiques de prospection du non-recours soulèvent les multiples difficultés techniques et organisationnelles qui gênent ce type d'opérations. Elles expliquent, en outre, qu'elles n'ont pas de personnels, ni de temps suffisant à consacrer à cette mission. D'autant plus que la COG 2000-2003 souligne que les CPAM doivent maîtriser les délais de traitement des dossiers CMU-C, l'objectif étant que 90% d'entre eux soient traités en 20 jours maximum à l'horizon 2003. En 2002, lors du lancement de la démarche ARIANE, les CPAM sont, pour la plupart, encore surchargées par les demandes de CMU-C et font régulièrement face à des afflux au guichet. Elles ne manquent pas de dossiers en instance. Dans ce contexte, la perspective de la prospection fait craindre un potentiel débordement et l'impossibilité d'absorber les demandes dans les délais impartis :

« La CMU-C a demandé beaucoup de travail aux caisses, il a fallu apprendre à utiliser les logiciels, s'organiser pour intégrer cette activité. Juste une chose : jusque là on n'avait jamais travaillé à partir des ressources. C'était nouveau pour les agents et en plus, on a eu quand même du monde aux guichets pendant pas mal de temps. Dans ce genre de moments, on ne se dit pas qu'il y a des gens qui n'ont pas leurs droits, on se dit en fait plutôt l'inverse,

c'est un raisonnement un peu basique. De toute façon la consigne principale, c'était de liquider vite les dossiers et de respecter les instructions ».

Entretien avec Monique Kassiotis, responsable du service CMU de la CPAM de Grenoble, mars 2007.

En 2004, dans la foulée de sa participation au groupe de travail de la DGAS, Danielle Jafflin pense que l'heure est venue de tenter une réintroduction du non-recours aux droits dans le nouveau « Plan institutionnel pour une politique de lutte contre les exclusions ». Ainsi, ce plan indique que les CPAM doivent « *faire un panorama des possibilités de non-recours aux prestations de l'Assurance maladie et aux offres de services proposées à certaines catégories de publics. [Elles sont chargées de] réaliser des études de cas des causes de non-recours à certaines prestations et d'expérimenter les possibilités de mesurer le phénomène sur deux types d'offres par an* » (CNAMTS, 2004). Il souligne que les CPAM doivent en premier lieu se pencher sur la situation des personnes qui sortent de la CMU-C et sur celles qui ont abandonné la constitution de leur dossier. L'objectif est de comprendre chacune de ces situations, de déterminer leurs conséquences sur l'accès aux soins des personnes concernées et de bâtir des procédures informatiques pour les détecter et y apporter des réponses.

B. L'appui de l'ODENORE pour réaliser le défi méthodologique

Danielle Jafflin ne sait cependant pas dans quelles mesures les CPAM vont mettre en œuvre ce volet du plan et se lancer dans l'étude du non-recours, qui les confronte notamment à de nombreuses difficultés méthodologiques. C'est pourquoi elle décide de travailler, en parallèle, avec l'ODENORE.

Elle lui propose donc d'expérimenter les possibilités de repérage du non-recours à la CMU-C avec une Caisse primaire. Bénéficiaire de l'expertise de l'Observatoire et de son appui pour tester la mise en visibilité du non-recours lui paraît être un moyen de contourner les problèmes internes à la branche et de tenir compte des difficultés mises en exergue par les CPAM : le manque de personnels, de temps et de compétences pour élaborer des procédures informatiques visant à détecter les allocataires potentiels des droits. L'alliance avec l'Odenore est ainsi envisagée comme un soutien méthodologique. Elle offre l'occasion de faire avancer les opérations de prospection de droits potentiels à la complémentaire santé, sans trop faire peser le poids de ces opérations sur l'Assurance maladie.

Mais pour Danielle Jafflin, tout comme pour le Fonds CMU, ce travail est bien aussi une tentative pour introduire le non-recours au cœur d'une CPAM. Il s'agit de susciter un intérêt pour la problématique de l'intérieur de la branche Maladie, en impliquant une caisse dans le travail de découverte quantitatif et qualitatif du non-recours mené par l'ODENORE. Il s'agit de « *prendre des chemins de traverse pour amener des acteurs de la branche à se préoccuper du non-recours à la CMU-C* »⁹⁹ et pour les aider, en premier lieu, à dégager des pistes d'observation.

Pour l'Observatoire aussi, la rencontre avec Danielle Jafflin constitue une opportunité. Elle entre en résonance avec des constats faits à partir des travaux menés en Isère depuis sa création. Il a, en effet, déjà découvert la question du non-recours aux droits maladie au niveau local. C'est d'ailleurs ce qui lui a permis d'entrer en discussion avec D. Jafflin lors des réunions de la DGAS, à partir d'éléments concrets. L'Observatoire ne part donc pas de rien concernant le non-recours en matière de santé ; ses travaux ont notamment fait émerger le constat selon lequel tous les allocataires du RMI ne sont pas bénéficiaires de la CMU-C alors que la loi stipule une ouverture automatique pour ces droits connexes. Malgré l'automaticité des transferts de dossiers entre CAF et CPAM, « *il reste à ces bénéficiaires la nécessité de se signaler, ce qui apparemment échappe à certains* »¹⁰⁰. En travaillant avec la branche Maladie de la Sécurité sociale, l'ODENORE voit se profiler une possibilité d'approfondir la question du non-recours en matière de santé en disposant d'un accès à des bases informationnelles majeures.

2.22 - L'ODENORE : l'accès à une ressource informationnelle pour observer le non-recours

Rappelons que l'Observatoire est né en 2003 d'un constat : alors que la question du non-recours commence à faire sens pour les acteurs administratifs et associatifs français, la connaissance du phénomène est quasi-inexistante. Dans ce cadre, il a semblé utile de construire un outil *ad hoc* permettant de connaître le non-recours. Dès sa création, l'ODENORE associe des partenaires institutionnels qui contribuent à son financement : la CNAF et la CAF du département, le Conseil général de l'Isère, la Ville de Grenoble, la

⁹⁹ Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, février 2010.

¹⁰⁰ Extrait des documents de Philippe Warin, réflexions sur le non recours des allocataires du RMI.

Préfecture de l'Isère et des administrations déconcentrées de l'Etat. Ces acteurs sont aussi ceux qui disposent de ressources informationnelles et en donnent l'accès à l'ODENORE en vue de la production de connaissances partageables sur le non-recours aux droits, connaissances qui intéressent aussi bien le travail de recherche que la réflexion opérationnelle des partenaires¹⁰¹.

Dans le département de l'Isère, l'ODENORE tisse rapidement des liens avec plusieurs interlocuteurs qui donnent lieu à une arborescence de nouvelles relations. Celles-ci s'organisent souvent de manière thématique. Au delà d'un acteur précisément, ce sont en effet des champs d'investigation qui éclosent. L'Observatoire commence ainsi à travailler sur les prestations familiales, dans le domaine de l'insertion et de la santé. Concernant ce dernier domaine, l'ODENORE engage, dès l'automne 2003, une étude avec le service de Santé Publique de la Ville de Grenoble sur les données sociales et médicales relatives aux enfants scolarisés dans les écoles maternelles et élémentaires de la ville (ODENORE, 2003). L'objectif est de construire un outil pour analyser la situation des « signalés sociaux » et des « signalés médicaux » et pour déterminer un lien éventuel entre retard aux soins et problématiques de droits non ouverts, difficultés familiales, administratives et/ou financières rencontrées par la famille.

Ce partenariat avec le service de Santé publique permet aussi à l'ODENORE d'entrer en relation avec d'autres acteurs, locaux et nationaux, intéressés par le non-recours aux droits en matière de santé : l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble (AGECSA), l'Observatoire national de Médecins du Monde (MDM) et l'antenne Iséroise de l'association. Deux chantiers s'ouvrent dans la foulée. Avec les Centres de santé, l'Observatoire participe à la réflexion des professionnels sur les publics et dispose d'une nouvelle source d'informations, les centres accueillant environ 21 000 personnes chaque année. Avec MDM, il procède à un traitement spécifique des données sociales relatives au public accueilli par le centre d'accueil de Grenoble, en zoomant sur deux sous populations : « les personnes sans droits ouverts à une couverture maladie » et « les personnes en retard de soins lors de la première consultation » (ODENORE, 2004a).

¹⁰¹ Extrait d'un document de travail de P. Warin.

On comprend que les premiers partenariats et les sollicitations initiales d'acteurs locaux conduisent rapidement l'ODENORE à s'intéresser au non-recours dans le domaine de la santé. Par un effet « boule de neige », les travaux se renforcent et mettent en exergue deux types principaux de non-recours en la matière : le non-recours aux droits à l'Assurance maladie de base et complémentaire et le non-recours aux soins. L'Observatoire réfléchit aux ressources informationnelles disponibles pour approcher ces phénomènes et procéder à leur mesure à partir de grands volumes de données. En 2004, dans un document de travail intitulé « Mesurer le non-recours aux soins », Philippe Warin décline ces ressources et évoquent les fichiers de gestion et autres bases des organismes d'Assurance maladie¹⁰². En ce sens, la potentialité qui s'ouvre grâce à Danielle Jafflin d'un accès aux bases données d'une CPAM est centrale.

Ce rapprochement peut, en effet, permettre de renforcer le travail mené jusqu'à présent dans le domaine de la santé et induire l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs de non-recours dans le champ de la santé pour dire *combien* de personnes mais aussi *qui* est concerné. Il faut rappeler qu'à cette période l'Observatoire se positionne dans une optique de production de mesures et d'accumulation de données. Il envisage la construction d'un indicateur synthétique du non-recours, démarche soutenue, comme nous l'avons vu, par la DGAS au regard des attentes officielles relatives au Programme « Politiques en faveur de l'inclusion sociale ». Pour ce faire, il a besoin de nouveaux partenaires et de déployer ses opportunités d'observation du non-recours, plus encore à partir de ressources aussi vastes et massives que celles détenues par l'Assurance maladie, comme nous l'avons souligné dans la première section de ce chapitre.

2.23 – Un « marginal sécant » pour concrétiser l'alliance

La perspective de partenariat se précise, chaque acteur percevant son intérêt à s'investir dans un projet commun. Danielle Jafflin sait cependant que le non-recours à la CMU-C ne retient pas nécessairement l'attention de tous les acteurs de l'Assurance maladie et que la CNAMTS ne veut pas financer des travaux sur le sujet. Elle pense donc nécessaire de sortir de l'institution afin de chercher des financements et afin de travailler avec d'autres acteurs

¹⁰² Document de travail qui a fait l'objet d'une communication de P. Warin en mai 2005 au séminaire DIES/Fondation de l'avenir, intitulée « Mesurer « le non-recours » aux soins. Connaissances en pointillés et questions politiques ».

convaincus par le non-recours à la CMU-C. Elle opère donc un rapprochement entre l'ODENORE et le Fonds CMU. Dans un second temps, elle rapproche l'Observatoire de la CPAM de Grenoble :

« Je n'avais plus longtemps à faire à la CNAMTS, j'allais partir à la retraite. Et puis la CNAMTS ne voulait pas y aller. Alors autant que je permette à des personnes intéressées par le sujet de travailler ensemble... C'est une forme de contournement ».

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

A. Une position de « marginal-sécant »

L'alliance se densifie progressivement. Si nous parlons d'alliance, c'est bien parce que les acteurs se rapprochent autour d'un projet commun : travailler le non-recours à partir des systèmes d'informations d'une CPAM. Leurs intérêts et les logiques qui les poussent à s'impliquer dans le projet sont néanmoins différents. L'alliance prend forme parce que Danielle Jafflin fait le lien entre des acteurs de natures diverses et n'appartenant initialement pas aux mêmes réseaux. On peut ainsi dire qu'elle joue, dans le lancement de l'étude de l'ODENORE, un rôle de « marginal sécant ». En 1968, dans son ouvrage *Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Haroun Jamous élabore cette notion pour désigner des acteurs et des groupes d'acteurs, marginalisés dans une structure ou un secteur, mais qui par leur participation à plusieurs systèmes d'action fournissent une possibilité d'élaborer une autre vision de leur secteur ou structure d'appartenance. Il explique que ce sont bien les contacts avec d'autres groupes, secteurs ou pratiques qui permettent à ces acteurs de découvrir des orientations alternatives, des idées et réflexions nouvelles et de les faire circuler facilitant ainsi la réforme (Jamous, 1968). Pour Michel Crozier et Erhard Friedberg, ces acteurs, en raison de leurs appartenances multiples, jouent un rôle d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires, et participent ainsi au changement. Ils disposent en outre d'un pouvoir important pour maîtriser certaines zones d'incertitude organisationnelle (Crozier et Friedberg, 1992).

Le « marginal sécant » participe donc à plusieurs systèmes de relation comme c'est ici le cas pour Danielle Jafflin. Elle a des échanges avec différents services ministériels et participe régulièrement à des groupes de travail inter institutionnel sur l'accès aux soins, mêlant acteurs

politiques, administratifs et scientifiques. Comme nous l'avons vu, elle est aussi, tout au long de sa carrière, en relation avec des équipes de chercheurs avec lesquelles elles collaborent pour la rédaction de publications et d'ouvrages de recherche. Ses responsabilités syndicales et son parcours de militante associative parsèment parallèlement ses fonctions administratives d'expériences de terrain.

Au sein de sa propre institution, la CNAMTS, elle a été extrêmement mobile d'une direction à une autre et a toujours eu vocation à « horizontaliser » les relations entre les composantes de la Caisse nationale pour traiter les problèmes de manière transversale :

« La difficulté c'est le cloisonnement entre les directions. J'ai tenté de faire travailler les gens ensemble car certains problèmes ne peuvent être traités direction, par direction ».

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

A la fin de sa carrière, lorsque prend forme l'étude relative à la CMU-C, elle occupe un poste de chargée de mission qualité. Elle élabore et diffuse vers les CPAM des référentiels pour améliorer le service rendu aux usagers et fait remonter vers la CNAMTS les pratiques des Caisses en la matière. Elle est, de ce fait, en lien avec l'ensemble des directions de la Caisse nationale, mais également avec les organismes locaux. La question de la qualité lui permet d'ouvrir une porte à celle du non-recours. Elle l'entrevoit comme un dysfonctionnement dans la relation avec le public de l'Assurance maladie, comme une source éventuelle d'insatisfaction pour les usagers, mais également comme un levier potentiel pour améliorer certaines pratiques des CPAM et faciliter l'accès effectif des ressortissants à leurs droits :

« Ce que je pensais c'est que le non-recours venait interroger la qualité de notre service. S'il y a des gens qui ont des difficultés d'accès à nos prestations c'est qu'on peut faire mieux dans la manière dont on rend ce service. Pour éviter que les gens abandonnent des démarches par exemple... ».

Entretien téléphonique avec Danielle Jafflin, ancienne responsable de la Direction de l'action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.

Les postes de chargés de mission, dans l'institution, procurent à ceux qui les occupent une forme d'indépendance par rapport à l'organisation verticale du travail qui prévaut au sein des

organismes de la branche Maladie. Ils leur procurent aussi des marges de manœuvre et d'expérimentation plus grandes, ne serait-ce que parce qu'ils ne sont rattachés à aucune direction de la CNAMTS en particulier et qu'ils sont à l'interface entre la Caisse nationale et le réseau des CPAM. Cela leur permet de se tenir à l'égard des jeux existant dans l'institution et de prendre des positions parfois à contre-courant¹⁰³, ce que fait Danielle Jafflin concernant une thématique telle celle du non-recours dont l'avenir est encore incertain au sein de la CNAMTS.

Elle s'autorise parallèlement à poser cette question peu légitime pour la plupart des acteurs de l'institution, en raison de son départ prochain à la retraite. M. Crozier et E. Friedberg explique que les acteurs marginaux sécants se saisissent souvent de zones d'incertitude et de thématiques peu consensuelles parce que la menace de l'exclusion de leur propre organisation a moins de prise sur eux (Crozier et Friedberg, 1992) Cela rejoint ce que Danielle Jafflin nous explique lorsqu'elle évoque son départ imminent à la retraite. Selon elle, il n'y a pas de risque pour sa carrière à aller sur un terrain délaissé par l'Assurance maladie. Au contraire, elle pense la mise en relation des acteurs intéressés par le non-recours comme un moteur de changement et mobilise donc les atouts de sa position en ce sens (Jamous, 1968).

Tout comme le Fonds CMU a mis en place une stratégie pour lancer ses études, cet acteur de la CNAMTS actionne les relations qu'elle entretient avec des acteurs de diverses natures à des fins parfaitement stratégiques. Elle est un relais du non-recours à différentes échelles, autant qu'un promoteur. Son objectif est de sortir de sa seule institution, mais aussi de passer par le local pour enclencher une dynamique de prise en compte au plan national.

B. L'initiative du rapprochement entre l'ODENORE et le Fonds CMU

En ce sens, Danielle Jafflin va assurer une liaison entre le Fonds CMU et l'ODENORE. Elle connaît Bruno Négroni et ses prises de position quant au non-recours. Ils ont eu l'occasion de se rencontrer dans des réunions relatives à la CMU, au ministère de la Santé notamment. Lors du travail réalisé par le directeur adjoint pour accumuler des indices sur le non-recours, ils ont également échangé sur le non-recours à la CMU-C et sur les piétinements de la CNAMTS en

¹⁰³ C'est Jacques Amalric qui nous explique, hors enregistrement, le rôle des chargés de mission lors de l'entretien mené avec lui en janvier 2009. A la période où nous le rencontrons, il occupe lui même un poste de chargé de mission à la CNAMTS après avoir fait la plus grande majorité de sa carrière à la direction d'une CPAM.

la matière. Danielle Jafflin sait que le Fonds rédige un appel à projets sur cette question et qu'il a dans l'idée de travailler avec une CPAM ; elle se saisit de cette opportunité et impulse un contact entre le Fonds CMU et l'ODENORE.

Voyant que les possibilités de travailler sur le non-recours au sein de la CNAMTS sont limitées, elle met en contact des personnes intéressées par le phénomène et qui peuvent collaborer. Suite aux échanges esquissés au sein d'un groupe de travail relatif aux modalités de lutte contre les exclusions, c'est donc bien par l'intermédiaire d'un acteur de la CNAMTS que l'ODENORE et le Fonds CMU engagent des discussions sur le non-recours à la CMU-C :

« Avec le Fonds CMU, on s'est rencontré grâce à Danielle Jafflin de la CNAMTS que j'avais côtoyée dans le groupe de travail de la DGAS sur l'accès aux droits ».

Entretien avec Philippe Warin, responsable de l'ODENORE, octobre 2009.

A la même période, D. Jafflin met aussi l'Observatoire en relation avec le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie (CETAF) pour travailler plus spécifiquement sur le non-recours aux soins¹⁰⁴ (Rode, 2010 ; Chauveaud, Rode et Warin, 2010).

C. L'initiative du rapprochement entre l'ODENORE et la CPAM de Grenoble

Le Fonds CMU et l'ODENORE s'accordent pour travailler sur le non-recours à la CMU-C. Il leur faut cependant s'allier avec une CPAM afin de mobiliser ses systèmes d'informations. Danielle Jafflin initie aussi la rencontre avec une caisse, en l'occurrence celle de Grenoble. La localisation de l'Observatoire sur le campus universitaire grenoblois oriente, d'une part, le choix de cet organisme. Mais il existe une autre raison au choix de la CPAM de Grenoble. A cette période la direction adjointe de la CPAM est occupée par Gérard Dourgnon, un autre « convaincu » du non-recours. C'est lui qui donne suite à l'impulsion de la Danielle Jafflin.

Le directeur adjoint est très investi sur la question de l'accès aux droits et conscient des difficultés rencontrées par les personnes démunies pour les faire valoir. Il tente de travailler

¹⁰⁴ Une recherche financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR) en découlera, impliquant l'ODENORE et le CETAF. Il s'agit de travailler sur le non-recours aux soins des actifs précaires, à partir des informations relatives à l'état de santé et aux droits en matière de maladie des salariés qui passent par les CES, soit plus de 250 variables renseignées pour plus de 650 000 personnes accueillies sur une année.

avec d'autres acteurs locaux sur ces questions, comme le souligne Martine Dauchy, du service social de la CARSAT Rhône-Alpes :

« Monsieur Dourgnon c'était quelqu'un de très ouvert vers les partenaires, qui me contactait régulièrement, on échangeait. Une approche sociale intéressante, y compris pour la géronto sur quoi on travaille aussi. Quelqu'un de conscient des problèmes d'accès aux droits des gens. C'est pour ça que le service social l'intéressait je pense ».

Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008

En 2005, c'est sous l'impulsion de Gérard Dourgnon qu'un service dédié exclusivement à la gestion des droits CMU-C a été créé au sein de la CPAM de Grenoble, comme nous l'explique Jean Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble. L'objectif étant d'améliorer le traitement des dossiers, d'homogénéiser les pratiques au sein de la caisse et de renforcer la continuité dans le processus d'ouverture des droits. A titre personnel, il s'investit au sein de l'Association France Alzheimer. Il y contribue notamment en expliquant aux malades et à leurs proches les circuits administratifs qu'ils doivent emprunter que ce soit pour être pris en charge au titre du dispositif ALD ou pour bénéficier de l'Aide personnalisée d'autonomie (APA). Gérard Dourgnon est, par la suite, devenu président de l'antenne départementale Iséroise de France Alzheimer.

C'est bien sa conviction individuelle concernant les difficultés d'accès aux droits rencontrées par certaines populations et sa lucidité relative à la complexité administrative qui le rendent réceptif à la question du non-recours :

« L'accès aux droits ce n'est pas facile pour personne. On devrait partir de ce postulat quand on est une administration. Le non-recours nous l'indique ».

Propos de Gérard Dourgnon lors de la dernière réunion de préparation de l'étude pour le Fonds CMU, mars 2006.

Il perçoit l'intérêt que la CPAM peut avoir à étudier de manière expérimentale le non-recours à la CMU-C et répond favorablement aux sollicitations de l'ODENORE, introduit par Danielle Jaffin. Il est convaincu que cette étude peut apporter une connaissance utile à l'action, dans un contexte où la réduction des inégalités d'accès aux soins a fait son entrée

dans les objectifs de l'Assurance maladie. Selon lui, les situations difficiles en matière d'accès à une complémentaire constituent bien des formes de fragilité dont les CPAM doivent tenir compte. Il suit d'ailleurs les travaux menés par l'ODENORE au niveau local sur le non-recours en matière de santé.

Si Gérard Dourgnon, est à l'origine de la réponse positive apportée à Danielle Jafflin et s'il participe largement à structurer le projet d'études¹⁰⁵, lorsque celle-ci démarre concrètement G. Dourgnon n'est plus présent au sein de la CPAM. Il est en effet partie à la retraite. Michèle Bussière, qui lui succède à la direction adjointe, reprend le dossier. Ces éléments, aussi anecdotiques qu'ils puissent paraître, ne le sont toutefois pas. Ce changement engendre, en effet, un repositionnement de la CPAM dans le processus d'étude à peine engagé, positionnement qui semble pouvoir conditionner assez largement la réalisation effective du travail.

2.3 – L'engagement en demi-teinte de la CPAM de Grenoble

La CPAM de Grenoble présente un style administratif bureaucratique très hiérarchisé. Dans ce type d'organisme, l'état d'esprit, les logiques et priorités d'action des dirigeants sont des facteurs essentiels à prendre en compte dans l'analyse (Crozier, 1983). En ce sens, le fait que les deux acteurs à la tête de la caisse, suite au départ de G. Dourgnon, s'intéressent peu au non-recours ou découvrent largement cette question apparaît comme un frein au processus d'étude.

Dans leur livre-enquête¹⁰⁶ *Ma sécu : de la Libération à l'ère Sarkozy*, paru en 2008, Eric Merlen et Frédéric Ploquin dressent un portrait de la Sécurité sociale « *« partiel et partial » selon leur propres mots* »¹⁰⁷. Portrait de son évolution, de ses points forts, de ses points faibles aussi, en entrant notamment au cœur de certains organismes locaux des différentes branches. La CPAM de Grenoble fait partie des caisses auxquelles les auteurs consacrent une monographie. Bien que rapide, celle-ci nous paraît intéressante pour cerner quelques traits caractéristiques de cette CPAM composée de plus de 800 salariés, d'un siège et de douze

¹⁰⁵ Extrait d'une discussion avec G. Dourgnon lors de la signature de notre contrat à la CPAM, en mars 2006.

¹⁰⁶ Expression utilisé au sein de l'article du *Monde diplomatique*, paru en octobre 2008, consacré à l'ouvrage d'E. Merlen et F. Ploquin, <http://www.monde-diplomatique.fr/2008/10/PASCAL/16400>

¹⁰⁷ Extrait de l'article du *Monde diplomatique* pré cité.

centres de paiement répartis sur l'ensemble de la circonscription grenobloise. Cette « *grosse caisse* »¹⁰⁸, ainsi que nous la présente l'un de ses premiers directeurs -Jean Péresse-, rembourse environ 7 millions d'euros de soins par jour.

2.31 - La CPAM de Grenoble, un style bureaucratique persistant

Le chapitre de l'ouvrage d'Eric Merlen et Frédéric Ploquin consacré à la caisse de Grenoble s'intitule : « Au pied des montagnes avec le maître des lieux... ».

A. *Une direction « gestionnaire de production » omniprésente*

Le maître des lieux en question, c'est Jean Peyrière, directeur depuis 1972 de ce qu'il appelle lui-même « *la maison* » (Merlen et Ploquin, 2008). Il fait ainsi partie des dirigeants de caisses de Sécurité sociale qui n'ont pas été mobiles durant leur carrière. Ni mobilité au sein de la branche Maladie, ni entre les différentes branches. Il a de ce fait développé une logique d'appartenance à son organisme, plus qu'à l'Assurance maladie en général ou à l'institution Sécurité sociale dans son ensemble. Rares sont les directeurs restés toute leur carrière au même poste. Cette situation est même désormais quasiment impossible, comme nous l'explique C. Bigot, ancien directeur de l'EN3S lors de notre entretien.

A l'heure où les organismes se modernisent, où le Nouveau management public (NPM) s'immisce dans leurs logiques, la mobilité géographique et inter-branche est pensée comme indispensable. Le passage d'une branche à l'autre est notamment valorisé afin d'améliorer les échanges horizontaux entre les organismes locaux CAF, CPAM, CARSAT et URSSAF grâce à la connaissance accumulée par les dirigeants qui passent de l'un à l'autre au cours de leur carrière. L'évolution des missions des organismes nécessite ainsi une rénovation des modalités de carrière des cadres, de leur recrutement et de leur formation également. L'évolution des modes de faire des dirigeants et des compétences transforment en retour les organismes.

En ce qui concerne la CPAM de Grenoble, Jean Peyrière est entré « par le bas » après des études de droit public, puis a gravi les échelons en devenant rapidement directeur adjoint aux côtés de J. Péresse et enfin directeur. Au fil des années, J. Peyrière s'est efforcé de renforcer

¹⁰⁸ Entretien avec Jean Péresse, ancien directeur de la CPAM de Grenoble, janvier 2007.

la productivité du cœur de métier de la CPAM, le remboursement des soins. Il revendique « *ce statut d'institution de production, tout comme le fait d'ailleurs qu'il se pense avant tout gestionnaire des deniers publics* »¹⁰⁹. « *Sa devise, faire vite et bien ; sa boussole, les tableaux de bord* » (Merlen et Ploquin, 2008). J. Peyrière scrute en effet avec anxiété le moindre retard dans la production des paiements, entrant ainsi dans la catégorie des « *gestionnaires de production* » (Bauer, 1996). Ainsi que le soulignent E. Merlen et F. Ploquin, il « *met un point d'honneur à faire figurer la CPAM de Grenoble dans le peloton de tête des caisses les plus efficaces* » (Merlen et Ploquin, 2008). J. Péresse dit d'ailleurs de lui que « *c'est un bon élève et qu'il sait où il veut aller et aime respecter les grandes lignes d'action de la CNAMTS* »¹¹⁰.

En 1996, Michel Bauer, sociologue et responsable de l'Observatoire des dirigeants, indique que les dirigeants des organismes de Sécurité sociale sont de deux types : ceux qui sont principalement des gestionnaires de production s'attellant à « *gérer l'usine, à prélever des cotisations, à servir des prestations et à organiser la production des décomptes* » (Bauer, 1996), et ceux qui deviennent, en parallèle, de véritables managers d'équipe. Ce second rôle est, selon lui, de plus en plus indispensable dans la mesure où la mission de production des organismes de Sécurité sociale se marginalise, au profit des missions de service aux usagers et de régulation des comportements.

Depuis le début des années 1990, l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), qui forme les dirigeants des organismes de Sécurité sociale, se veut d'ailleurs « *une institution de formation de managers, considérant les dirigeants des organismes de Sécurité sociale comme des patrons d'entreprise en voie de restructuration, dans un contexte politico-administratif en évolution forte* » (Lucas, 1992). Dans ce cadre, les enseignements sont de plus en plus tournés vers le management et les élèves sont davantage sensibilisés aux enjeux quotidiens des nouveaux modes de gestion (Marrel, 2000) et aux évolutions des rapports hiérarchiques induits par le nouveau management public.

Au sein de la CPAM de Grenoble en tout cas, « *c'est Jean Peyrière qui décide tout, lui qui s'exprime dans les colonnes de la presse régionale* » (Merlen et Ploquin, 2008) ou sur les

¹⁰⁹ Extrait de l'entretien que nous avons mené avec Jean Peyrière en octobre 2007.

¹¹⁰ Entretien avec Jean Péresse, ancien directeur de la CPAM de Grenoble, janvier 2007.

ondes des radios locales. Selon Henry Mintzberg¹¹¹, sociologue des organisations, l'aspiration au pouvoir des membres d'une organisation influence la distribution de l'autorité décisionnelle en son sein (Mintzberg, 1987). Ainsi, lorsqu'un chef a un besoin profond de pouvoir, il pousse à la centralisation, grâce à laquelle il peut conserver le contrôle sur la prise de décisions. La coordination entre les composantes organisationnelle se fait alors principalement par « *supervision directe* » (Mintzberg, 1987). La CPAM de Grenoble fonctionne selon un schéma de ce type, l'ensemble des décisions étant pris *in fine* par le directeur.

B. Une sous-directrice récemment nommée

Pourtant, celui-ci ne dirige pas seul la CPAM. Comme dans tous les organismes de Sécurité sociale, le « *sommet stratégique* » (Mintzberg, 1987) se compose d'un directeur adjoint -ou sous directeur en fonction des périodes- et d'un agent comptable. Les agents de direction des caisses se partagent, en effet, en quatre catégories : directeurs, directeurs adjoint, sous directeurs et agents comptables (CNAF, 1999).

Aux côtés du directeur de la CPAM de Grenoble, à la période où l'étude s'engage, Michèle Bussière occupe le poste de Sous-directrice de l'assurance maladie. Quelques précisions concernant son parcours au sein de la Caisse primaire de Grenoble peuvent nous être utiles car M. Bussière joue, comme nous le verrons dans la suite de cette thèse, un rôle important dans le processus d'émergence du non-recours à la CMU-C. Michèle Bussière a été formée à l'EN3S. Avant d'être nommée Sous-directrice de l'assurance maladie, elle travaille déjà à la CPAM de Grenoble en tant que Fondée de pouvoir. Au sein des organismes sociaux, le Fondé de pouvoir réalise des tâches bien particulières : tenue de la comptabilité, opérations de trésorerie, encaissement des recettes et engagements des dépenses¹¹². Il lui revient de veiller globalement au bon fonctionnement des services comptables, le rôle premier d'une Caisse locale de sécurité sociale étant de gérer des flux d'informations auxquels sont liés des flux financiers (Dervillers, 2011). Le Fondé de pouvoir s'assure ainsi de la production rigoureuse

¹¹¹ Dans les années 1980, H. Mintzberg tente de dégager un sens à l'importante littérature qui touche la structuration organisationnelle. Pour ce faire, il répertorie les éléments qui composent toutes les structures organisationnelles -les composantes de base- mais également les mécanismes qui permettent en leur sein de coordonner le travail et la réalisation des missions -les mécanismes de coordination-. Il cherche parallèlement à comprendre les modalités selon lesquelles l'autorité s'exerce dans les organisations et met ainsi en exergue des types de décentralisation. Enfin, H. Mintzberg classe les facteurs contextuels qui peuvent influencer l'action des organisations (Mintzberg, 1987).

¹¹²<http://andac.info/spip.php?article350>

des résultats financiers de l'organisme et assume, avec l'Agent comptable, une responsabilité personnelle et pécuniaire.

Après avoir participé à la gestion des droits dans une logique principalement comptable, Michèle Bussière prend donc le poste de Sous-directrice de l'assurance maladie de la CPAM. Les missions à exercer dans ce cadre sont multiples et bien différentes de celles qu'elle a précédemment assurées : participation à la définition des objectifs stratégiques, pilotage général à travers les objectifs fixés par la CNAMTS dans le Contrat pluriannuel de gestion (CPG), supervision de la gestion des prestations en espèces et en nature, organisation du travail au sein des services de production, lien avec les centres de paiement, management des équipes. La Sous-directrice a notamment en charge la supervision du service centralisé CMU-Créé à la fin de l'année 2005.

C. Des composantes organisées selon un schéma pyramidal et hiérarchique

Comprenant un sommet stratégique, la CPAM de Grenoble fonctionne aussi grâce à son « *centre opérationnel* » (Mintzberg, 1987). Cette composante organisationnelle inclut, selon H. Mintzberg, « *tous les employés qui produisent les biens et les services de base de l'organisation ou en soutiennent la production* » (Mintzberg, 1987). Au sein de la Caisse primaire, elle regroupe l'ensemble des employés des douze centres de paiement qui assurent l'accueil des assurés, la liquidation des droits pour le remboursement des soins et le paiement des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie ou de travail. L'ensemble aussi des agents des services du siège de la caisse : services chargé des Relations extérieures¹¹³, de l'Action sanitaire et sociale, de la Conciliation et des Relations avec les professionnels de santé.

Des cadres moyens, les agents de maîtrise, se positionnent dans une ligne directe d'autorité formelle entre les membres du sommet stratégique et ceux du centre opérationnel, ils sont « *l'élément médian* » de la caisse (Mintzberg, 1987). Ils exécutent les ordres de la direction pour assurer le fonctionnement des centres et des services et supervisent donc le travail des agents opérationnels. Le « *personnel fonctionnel* », décrit par H. Mintzberg comme fournissant un soutien direct ou indirect au reste de l'organisation, est à la Caisse primaire composé principalement des agents de la cellule informatique, du service communication et

¹¹³ Service qui s'occupe de la prise en charge des assurés ne résidant plus en France, mais relevant encore du régime général de la Sécurité sociale.

des ressources humaines, des secrétariats mais également des agents de services généraux, restaurant d'entreprise par exemple ou poste de sécurité.

Il existe également, au sein de la CPAM, un bureau des méthodes, qui s'approche de ce qu'H. Mintzberg nomme : « *la technostructure* », sans toutefois parfaitement s'y superposer. Le sociologue canadien explique que cette composante est généralement constituée d'analystes, chargés de concevoir des méthodes pour maintenir le fonctionnement organisationnel. Selon lui cependant, la technostructure est située en dehors de la structure d'autorité formelle des organisations. Si le bureau des méthodes de la CPAM, appuyé des agents de la cellule informatique, conçoit effectivement les procédures et les méthodes de travail pour l'ensemble des services, il n'est cependant pas extérieur à la ligne d'autorité qui descend directement de la direction.

Car de manière générale et à l'image de la grande tour qui accueille le siège de la CPAM de Grenoble, celle-ci présente un ordonnancement de ses composantes très stratifié, la direction se trouvant tout en haut, quasiment au dernier étage. Cet ordonnancement se fait ainsi sur un mode pyramidal et hiérarchique, en échelons successifs superposés et subordonnés les uns aux autres (Chevallier, 1986). Chaque service occupe ainsi un rang et la totalité des rangs tend à s'empiler au mieux pour améliorer le fonctionnement général (Ménard, 1995). Une importante imperméabilité entre les services et un fonctionnement en postes cloisonnés perdurent. La collaboration pour mener à bien des projets transversaux demeure par la même plutôt rare, tout comme la constitution d'équipes pour intégrer l'ensemble des aspects à traiter sur un sujet. Une forte hiérarchisation oblige chaque échelon à rendre des comptes de manière verticale, mécanisme fonctionnel allant également à l'encontre d'interactions plus informelles et horizontales.

En plus d'être un empilement de rôles et de fonctions, l'organisation administrative bureaucratique de la CPAM est bien aussi « *un rapport entre individus, qui astreint chacun à une discipline stricte vis à vis du supérieur (...). Chaque agent est tenu d'obéir à celui qui est placé au-dessus de lui* » (Chevallier, 1986). Organisation hiérarchique et autorité hiérarchique sont en l'occurrence intimement liées au sein de la caisse et le rapport de pouvoir en découlant est triple : tout supérieur donne des instructions, contrôle les actes des agents et inflige des sanctions en cas de non-conformité. Les subordonnés sont donc tenus d'obéir aux instructions, si possible sans trop s'interroger sur leur valeur et leur pertinence, et de faire

remonter régulièrement les informations vers leurs supérieurs. « *Le sens hiérarchique, résultant d'un apprentissage diffus tout au long de la carrière de l'agent, l'amène à se soumettre progressivement à l'obéissance, plus qu'à prendre des initiatives pour réaliser les missions qui sont quotidiennement les siennes* » (Chevallier, 1986).

Les « grandes » CPAM, comme celle de Grenoble, répondent encore ainsi majoritairement à un modèle d'organisation administrative cloisonné, très hiérarchisé et relativement hermétique à leur environnement. Nous aurons l'occasion de revenir spécifiquement sur ce dernier point par la suite. Des facteurs contextuels peuvent contribuer à expliquer la persistance de ce fonctionnement, en particulier l'ancienneté et la taille de la CPAM. Selon H. Mintzberg, plus une organisation est ancienne, plus son comportement est formalisé. Et plus l'organisation est grande, plus sa structure est élaborée, ses tâches spécialisées et ses unités différenciées (Mintzberg, 1987).

L'organisation au sein de certaines caisses évolue pourtant vers des fonctionnements plus horizontaux, moins hiérarchisés et dans une dynamique d'ouverture vers l'environnement. Parallèlement, le degré de dispersion du pouvoir décisionnel semble pouvoir évoluer vers une décentralisation en bas de la chaîne d'autorité hiérarchique et vers une décentralisation horizontale pour faire circuler informellement le pouvoir en dehors de cette chaîne (Mintzberg, 1987). Ceci sous le coup de plusieurs mouvements, comme l'indique le second rapport de Michel Bauer, paru en 2010 : la révolution de l'information, faisant largement tomber la division du travail entre ceux qui pensent et ceux qui exécutent ; la nécessité d'innovation visant une dynamique d'essais-erreurs ; le fait que l'institution travaille de moins en moins seule pour répondre et cerner les besoins émergents, pour prendre aussi en charge des publics différenciés (Bauer, 2010).

2.32 - Des dirigeants présentant un intérêt marqué pour la fraude

Dans un système administratif bureaucratique aussi hiérarchique que celui de la CPAM de Grenoble, l'état d'esprit, les logiques et priorités d'action des dirigeants sont des facteurs à intégrer dans l'analyse (Crozier, 1983). La manière dont le non-recours est éprouvé par les acteurs de direction de la CPAM nous intéresse ainsi directement. Comment se représentent-ils le phénomène et quelles acceptions lui donnent-ils ? Cette question fait-elle partie de leurs

priorités d'action ? Nous allons voir que leur intérêt tout comme la perception qu'ils ont du phénomène sont, somme toute, très limités. En outre, le directeur est davantage préoccupé par « l'envers du non-recours » : la fraude (ODENORE, 2012). En ce sens, suite au départ du directeur adjoint, l'implication de la Caisse primaire dans l'étude semble finalement devoir être moindre que prévue par celui-ci.

A. Une « participation forcée » à l'étude

Le directeur explique « avoir laissé G. Dourgnon s'investir dans ce travail, celui-ci disposant d'une large marge de manœuvre au sein de la CPAM et portant ses propres dossiers »¹¹⁴. S'il accepte néanmoins que le travail soit réalisé en l'absence de G. Dourgnon, c'est en grande partie pour ne pas risquer d'apparaître comme un mauvais élève aux yeux de la Caisse nationale qui participe au Comité de pilotage de l'étude. Jean Peyrière met donc, comme convenu, à disposition les ressources informationnelles de la CPAM et nous salarie¹¹⁵, en utilisant un financement du Fonds CMU, commanditaire de l'étude. Pour le directeur, la réalisation de ce travail ne doit rien coûter à la CPAM, ni venir perturber le fonctionnement de la production. Il laisse ainsi faire plus qu'il ne pousse la caisse à s'investir, gardant toutefois un œil sur Michèle Bussière à qui incombe, en tant que sous-directrice de l'Assurance maladie et suite au départ de l'ancien directeur adjoint, le suivi de l'étude.

Alors que « les modèles qui inspirent l'action ont changé, ouvrant la porte aux réalisateurs et aux empiristes, (...) que la plupart des organisations modernes montrent une capacité d'adaptation et d'innovation, une aptitude à coopérer avec différents acteurs » (Crozier, 1966), le style administratif bureaucratique persistant de la CPAM ne favorise pas la participation à un projet scientifique. Jean Peyrière souligne d'ailleurs « qu'il n'est pas habituel pour lui d'engager sa caisse dans des travaux d'études, ni de s'orienter sur des questions encore peu prises en compte »¹¹⁶. Il est vrai que le modèle à partir duquel les organismes sociaux se sont déployés, marquant une séparation entre la carrière et les fonctions, ne stimule pas, ni ne récompense la participation à de tels projets (Bauer, 2010). L'innovation n'est, par ailleurs, pas officiellement reconnue dans le référentiel de

¹¹⁴ Entretien avec Jean Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble, en octobre 2007.

¹¹⁵ Le fait d'être salarié de la CPAM facilite la mise en place des habilitations informatiques pour accéder au système d'informations et utiliser les outils de la caisse.

¹¹⁶ Entretien avec Jean Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble, en octobre 2007.

performance des organismes de Sécurité sociale, qui ne disposent par conséquent ni de temps, ni de budgets suffisants pour sortir réellement des sentiers battus.

Pourtant, même dans ces conditions, certains dirigeants de caisses développent de véritables compétences entrepreneuriales, pour être en capacité d'innover et d'impulser régulièrement des projets, et des compétences partenariales fortes, afin de travailler en concertation avec d'autres acteurs qu'ils soient administratifs ou d'une autre nature (Bauer, 1996). Le mécanisme des Contrats pluriannuels de gestion (CPG), permettant aux CPAM de décliner les orientations de la COG en fonction de priorités et de particularités locales, leur donne une possibilité d'imaginer des moyens innovants pour atteindre les objectifs nationaux. S'il s'agit initialement de responsabiliser les gestionnaires « *tout au long du processus de mise en œuvre des politiques publiques, sur l'atteinte des objectifs et la satisfaction des usagers au moindre coût* » (Bartoli et Chomienne, 2011), la signature du CPG, et la possibilité de faire des avenants, peut favoriser une certaine autonomie des CPAM. D'autant plus à l'heure où les organismes de Sécurité sociale assurent un « *triptyque d'activités : la production, le service et la gestion du risque* » (Bauer, 2010). Mais, selon M. Bauer, les dirigeants « *se manifesteraient encore plus sur l'innovation, l'expérimentation ou tout simplement comme force de proposition, si ces activités étaient reconnues officiellement comme faisant partie des missions des dirigeants, missions principales et non facultatives, missions évaluées et valorisées* » (Bauer, 2010). Le fait que des enveloppes budgétaires de fonctionnement soient désormais accordées aux CPAM, par la CNAMTS, en fonction de leur performance quant à la gestion des prestations fournies par l'unité administrative peut toutefois venir stimuler l'innovation pour renforcer le niveau de cette performance.

En ce qui concerne la participation de la CPAM à l'étude sur le non-recours, elle s'apparente, en l'absence de l'ancien directeur adjoint, à ce que Michel Crozier décrit dans *Le phénomène bureaucratique* sous l'expression de « participation forcée ». Dans son cadre, les dirigeants acceptent de prendre des initiatives, de participer à des projets innovants, mais à condition de pouvoir prétendre qu'ils y ont été forcés et qu'ils n'en sont pas responsables. M. Crozier explique que c'est, bien souvent, le seul mode de participation qui existe dans des bureaucraties rigides et qu'il en découle un système pauvre en capacités d'innovation, traduisant en l'occurrence maladroitement les problèmes émergents (Crozier, 1964). L'attitude de J. Peyrière s'apparente à cela : il investit son organisme dans l'étude en rappelant toutefois, à plusieurs reprises, que la décision initiale a été prise par G. Dourgnon,

qu'il n'en est donc pas lui même directement responsable et qu'il se voit contraint d'honorer l'engagement de l'ancien directeur adjoint, même s'il ne partage pas son intérêt pour le sujet du non-recours.

B. Une perception réduite du non-recours

Car c'est bien là la raison principale de « l'investissement à reculons » du directeur de la CPAM : il ne porte qu'un intérêt limité au non-recours aux droits. S'il reconnaît que le phénomène est certainement une réalité pour certaines personnes, quoiqu'il doute que leur nombre soit élevé, il pense que la CPAM ne peut pas nécessairement être tenue pour responsable de ce type de situations. Selon lui, les personnes concernées ne sont simplement pas toujours « *suffisamment motivées* »¹¹⁷ pour faire les démarches nécessaires à l'ouverture des droits. Jean Peyrière préfère se donner pour mission principale de « *répondre à ceux qui se présentent à ses guichets et d'organiser déjà les relations avec ces assurés là* »¹¹⁸. On entrevoit, à travers ses propos, une représentation spécifique du rapport entre l'organisme et ses ressortissants. Pour le directeur, c'est bien à ces derniers qu'incombe la responsabilité de se porter demandeurs, de se tenir informés de leurs droits et d'impulser, le cas échéant, les procédures d'ouverture pour en bénéficier. Il n'est pas le seul à cet égard. Il existe, en effet, au sein des CPAM une volonté de responsabilisation des assurés en général, et des demandeurs de la CMU en particulier, qui passe notamment par l'instauration d'une distance volontaire des agents quant à l'aide apportée au moment de la constitution des dossiers (Cortinas, Divert et Leduc, 2011).

« Un organisme comme le nôtre a déjà bien à faire pour répondre à la demande et pour remplir ses diverses missions que ce soit auprès des assurés sociaux ou des professionnels de santé. Il paraît difficile d'aller à la rencontre de ceux qui ne font pas l'effort de venir demander... Je crois que c'est à eux de vérifier où en est leur situation, on ne peut pas être responsable de tout le monde ».

Entretien avec Jean Peyrière, Directeur de la CPAM de Grenoble, octobre 2007.

Michèle Bussière ne présente, quant à elle, *a priori* pas d'intérêt particulier pour le non-recours aux droits et ne fait pas partie des « convaincus » de son caractère problématique. Elle perçoit le non-recours *a minima*, le renvoyant plutôt à une non utilisation de leurs droits par

¹¹⁷ Entretien avec Jean Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble, octobre 2007.

¹¹⁸ Idem.

des personnes qui font le choix de ne pas en bénéficier. Elle dit ne « *s'être jamais demandée auparavant dans quelle mesure des personnes ne demandaient pas la CMU-C* »¹¹⁹. La multiplicité des causes qui peuvent expliquer ces situations lui échappe, principalement parce qu'elle n'y a jamais réfléchi avant de se voir confier le suivi de l'étude par Jean Peyrière.

Comme elle nous le dit d'ailleurs, le terme non-recours ne fait pas immédiatement sens et nécessite une « *petite gymnastique mentale* ». L'étude est donc, pour elle, une « *première immersion et une découverte du sujet* »¹²⁰. Son positionnement par rapport au travail financé par le Fonds CMU ne va pas de soi. Et ce d'autant plus qu'il se met en route dans la période où M. Bussière prend ses fonctions en tant que directrice de l'Assurance maladie. Le poste de Fondé de pouvoir, qu'elle a antérieurement occupé, ne l'a pas amenée à participer à des travaux d'études avec des acteurs scientifiques, ni d'ailleurs à avoir une connaissance approfondie de la CMU-C et des dimensions relatives à la mise en œuvre quotidienne de ce droit, dont elle connaît principalement le fonctionnement comptable et réglementaire.

C. Le non-recours masqué par son envers : la fraude

Parallèlement, J. Peyrière souligne être davantage préoccupé par la « sur utilisation » de la CMU-C que par le non-recours. Selon lui, le problème majeur du dispositif est bien que des personnes ne déclarent pas complètement leurs revenus afin d'en bénéficier indûment. Plus globalement, il a le sentiment que les personnes qui « *s'installent dans des situations d'assistantat ne sont pas rares* »¹²¹. Dans ce cadre, J. Peyrière met un point d'honneur à lutter contre les abus et les fraudes de toute nature :

« Mais sur le fond, vous ne pensez pas qu'il y a plus de personnes qui abusent de leurs droits que de personnes qui ne les demandent pas ? Je crois qu'il y a beaucoup de personnes qui se reposent sur les aides sociales, pour notre système c'est dommage ».

Entretien avec Jean Peyrière, Directeur de la CPAM de Grenoble, octobre 2007.

Selon le directeur, les pratiques frauduleuses ne concernent pas uniquement les assurés mais bien l'ensemble des interlocuteurs des CPAM : corps médical, pharmaciens, employeurs. Il

¹¹⁹ Extrait d'une discussion avec Michèle Bussière, Sous-directrice de l'assurance maladie de la CPAM Grenoble, décembre 2007.

¹²⁰ Extrait d'une discussion avec Michèle Bussière, Sous-directrice de l'assurance maladie de Grenoble, décembre 2007.

¹²¹ Entretien avec Jean Peyrière, Directeur de la CPAM de Grenoble, octobre 2007.

l'exprime ainsi dans l'ouvrage d'E. Merlen et F. Ploquin : « *on doit faire la police. Il n'y a pas plus de tricheurs ici qu'ailleurs, pas plus de tricheurs dans le corps médical qu'ailleurs. L'immense majorité se comporte bien. Je n'en dirais pas autant de cette industrie pharmaceutique qui utilise les mêmes techniques de marketing pour les antibiotiques que la grande distribution pour vendre les biscuits* » (Merlen et Ploquin, 2008). Dans cette perspective, au sein de la CPAM de Grenoble, une cellule dédiée à la lutte contre les fraudes est sur le point d'être créée, afin de développer des outils de maîtrise des risques et d'analyse des fraudes. Il s'agit, selon le directeur, d'affirmer que la mission de la CPAM est de « *défendre les petites gens* » (Merlen et Ploquin, 2008). Alors que l'on demande beaucoup aux Caisses primaires et qu'elles sont contraintes de faire des choix dans leurs priorités, il pense plus utile de concentrer les efforts sur les contrôles et le repérage des situations abusives, plutôt que sur le non-recours.

La CPAM de Grenoble s'inscrit, en cela, dans un mouvement surplombant qui traverse toute la branche Maladie. Ce mouvement, engagé depuis le début des années 1990, n'est d'ailleurs pas propre à l'Assurance maladie, mais concerne la Sécurité sociale dans son ensemble (Dubois, 2001). En 2006 en tout cas, la COG maladie fait de la lutte contre la fraude une priorité institutionnelle forte, visant à préserver l'ordre public social et à défendre la solidarité du système de protection, dans un contexte de déficits structurels des comptes (Revil, 2012b). Une Direction nationale du contrôle contentieux et de la répression des fraudes est créée au sein de la CNAMTS, qui lance aussi son premier Plan de lutte contre les activités fautives et abusives (CNAMTS, 2008). Prévu pour être réédité chaque année, il comporte un volet national et local et tend à structurer progressivement la détection, les condamnations et la récupération des montants versés indûment aux différents publics de l'Assurance maladie.

Dans cette optique, des échanges d'informations entre les CPAM et la Direction générale des impôts (DGI) sont sur le point d'être expérimentés pour vérifier les déclarations de ressources faites par les demandeurs de droits sociaux. Il s'agit ainsi d'amorcer une généralisation des pratiques de détection des situations frauduleuses, particulièrement pour les prestations délivrées sous conditions de ressources, telles la CMU-C et le crédit d'impôt. Réalisés sous l'autorité de la Délégation nationale de lutte contre la fraude, ces échanges dématérialisés entre organismes administratifs s'inscrivent dans l'action des Comités opérationnels départementaux anti-fraude réunissant localement, sous la présidence du procureur et du

préfet, des représentants de la justice, de la police, des administrations et des organismes de Sécurité sociale (CNAMTS, 2008).

Au sein de l'Assurance maladie, la lutte contre la fraude ne porte pas uniquement sur la CMU, ni sur les seuls assurés d'ailleurs. Les professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, sont également concernés (Revil, 2012b). Plusieurs dispositions prises par la branche se rapportent cependant précisément à la CMU. En la matière, l'objectif est de prévenir une remise en cause trop forte du dispositif, dans un contexte où le ressentiment, les représentations négatives et les pratiques discriminatoires se sont renforcés à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, comme de l'ensemble des bénéficiaires de prestations assistanciennes d'ailleurs (ODENORE, 2012). Cela s'observe au sein des CPAM (Leduc, 2008), parmi les professionnels du corps médical (Chadelat, 2006) ou s'agissant des représentations communément partagées par tout un chacun.

Ainsi, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006 prévoit l'obligation pour les directeurs de CPAM de diligenter une enquête lorsqu'une fraude, de n'importe quelle nature, est soupçonnée et de déposer plainte si la fraude est avérée et atteint un seuil minimum. La loi autorise également la suspension de l'instruction de toute demande de CMU-C lorsque les pièces justificatives nécessaires à l'instruction ne sont pas intégralement produites. Une autre disposition de la LFSS pour 2006 nécessite une attention particulière : elle permet aux CPAM d'évaluer « le train de vie » des demandeurs de la CMU-C et de l'ACS lorsqu'elles constatent, à l'occasion de l'instruction d'un dossier ou d'un contrôle, une disproportion marquée entre « le train de vie » de ceux-ci et les ressources qu'ils déclarent.

Ce mécanisme donne aux Caisses primaires les moyens juridiques de refuser le droit à une prestation sociale, quand elles jugent que « le train de vie » et le patrimoine d'une personne ne sont pas compatibles avec le recours à la solidarité nationale (Fonds CMU, 2006). Il renforce, par la même, considérablement la lutte contre la fraude en prenant pour cible les dissimulations supposées de ressources par les bénéficiaires potentiels de droits sociaux. Bien que très complexe à mettre en œuvre et finalement peu appliquée, cette disposition attise une forme de soupçon à l'égard de ceux qui se portent demandeurs de droits assistanciels auprès des CPAM. Elle tend parallèlement à légitimer les contrôles informels effectués par certains agents d'accueil (Leduc, 2008), contrôles dont nous aurons l'occasion de parler dans le chapitre suivant.

A côté des possibilités de contrôle accrues pour les CPAM au moment de l'ouverture des droits, la CNAMTS veut que les caisses rappellent aux bénéficiaires des prestations assistanciennes quelques règles quant à l'usage des soins. Certains professionnels de santé dénoncent des comportements abusifs de la part de cette population et des « *incivilités face aux soins* » (Chadelat, 2006), en particulier une sur consommation et des pratiques de prêts de cartes vitale (Revil, 2012b). En ce sens, « *les CMUistes doivent apprendre à recourir raisonnablement aux soins* » (CNAMTS, 2008). Par une circulaire, la CNAMTS incite même les professionnels de santé à porter plainte contre les bénéficiaires de la CMU-C lorsque que ceux-ci ne respectent pas leurs devoirs en tant que patients (Rode, 2009).

Comme l'exprime Jean François Chadelat en 2012, lors d'une audition à l'Assemblée nationale, « *on a [initialement] prétendu que les comportements abusifs s'expliquaient par le fait que les bénéficiaires de la CMU ne respectaient pas le parcours de soins, notamment en ne déclarant pas de médecin traitant. C'était en partie vrai au début, en raison des difficultés propres à la population concernée, souvent mal informée* »¹²². Fin 2006, les statistiques de la CNAMTS montrent que seulement 63 % des bénéficiaires de la CMU-C ont déclaré un médecin traitant. L'écart est de 15 points environ par rapport à l'ensemble de la population.

Face à cette situation et afin de limiter, en particulier, des comportements de sur consommation, les CPAM « *sont invitées à se mobiliser pour, sans que ce soit coercitif, inciter très fortement les bénéficiaires de la CMU à s'inscrire auprès d'un médecin traitant et à respecter certaines obligations notamment le parcours de soins* » (Fonds CMU, 2006). Celui-ci étant, en effet, devenu au fil des années l'axe central de la politique institutionnelle de gestion du risque, visant à agir sur les comportements des demandeurs mais aussi des offreurs de soins. La LFSS pour 2006 permet également, par décret en Conseil d'Etat, de limiter ou de supprimer la prise en charge des majorations du ticket modérateur pour les bénéficiaires de la CMU-C s'ils ne respectent pas le parcours de soins (Fonds CMU, 2006).

A l'instar de la position de Jean Peyrière concernant le non-recours, la période semble effectivement plus propice à rappeler leurs devoirs aux bénéficiaires de la CMU-C, à les pousser vers des comportements « responsables » et à les sanctionner en cas d'abus, qu'à aller

¹²²<http://www.assemblee-nationale.fr/presse/communiqués/20121129-11.asp>

au devant de ceux qui ne disposent pas de leurs droits. Les populations « assistées » par la solidarité nationale sont appelées à faire preuve d'une responsabilité citoyenne et d'un meilleur contrôle de leurs comportements, en l'occurrence ici en matière de santé (Rode, 2009).

D. La crainte de l'augmentation du coût de la CMU pour le régime général

A l'heure de la maîtrise des dépenses de santé, la lutte contre la fraude semble politiquement plus défendable que la limitation du non-recours pour les acteurs du régime général de l'Assurance maladie (Dubois, 2001). Dominique Libault, de la Direction de la Sécurité sociale (DSS), exprime ce point de vue :

« On veut progresser pour des questions sociales, mais il y a la question des dépenses quand on parle du non-recours ».

Entretien avec Dominique Libault, Direction de la Sécurité sociale (DSS), juin 2009.

Au niveau local, l'argument du coût est invoqué, par le directeur de la CPAM de Grenoble, pour justifier une forme de désintérêt pour le non-recours aux droits :

« On peut se dire que ce sont des dépenses supplémentaires pour la caisse. Il faut du personnel pour répondre aussi. La CMU-Ce n'est déjà pas rien pour l'Assurance maladie, elle y est déjà un peu de sa poche ».

Entretien avec Jean Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble, octobre 2007.

Selon lui, lutter contre de telles situations peut engendrer, d'une part, des coûts de fonctionnement pour la CPAM, en nécessitant par exemple une augmentation des effectifs de personnels à l'accueil ou des envois coûteux de courriers d'information. D'autre part, limiter le non-recours signifie un accroissement des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C et donc des dépenses de soins prises en charge dans le cadre du dispositif. Or, J. Peyrière rappelle à demi-mots que ces dépenses restent déjà, pour une partie d'entre elles, à la charge du régime général de l'Assurance maladie. En ce sens, si le nombre de bénéficiaires augmente, la partie des dépenses pour la CNAMTS risque, selon lui, très certainement de faire de même.

La CNAMTS souligne régulièrement que les dépenses à sa charge concernant les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas totalement remboursées par les budgets prévus pour la prestation (Fonds CMU, 2005). Ceci depuis le passage au remboursement des dépenses CMU-C sur la base d'un forfait¹²³, qui fait peser la différence entre ce forfait et les dépenses réelles, directement sur les comptes des régimes d'Assurance maladie. C'est particulièrement le cas pour le régime général. En effet, plus de 90% des bénéficiaires de la CMU-C sont affiliés à ce régime. De plus, en leur sein, on trouve les bénéficiaires pour lesquels l'IRDES constate l'état de santé le plus dégradé parmi l'ensemble de la population disposant de la CMU-C (Fonds CMU, 2005).

Ainsi, alors qu'en 2005 le Fonds CMU octroie, pour chaque bénéficiaire du dispositif, un forfait de 304 euros, la CNAMTS dépense, en moyenne, pour chacun d'entre eux 333 euros. La différence entre ces montants est donc à sa charge, et ce bien que le Fonds CMU lui reverse chaque année la totalité de ses excédents. Si les effectifs de la CMU-C augmentent, il est possible que la somme pesant sur la CNAMTS augmente elle aussi. Pour enrayer ce phénomène, la LFSS pour 2006 prévoit une revalorisation du forfait par bénéficiaire de la CMU-C, son montant atteignant 340 euros. A la fin de l'année 2006 toutefois, la CNAMTS supporte toujours une charge non remboursée par le Fonds de 20 millions d'euros, sa dépense moyenne pour chaque bénéficiaire ayant cru (Fonds CMU, 2006).

Alors que l'heure est à la contraction des dépenses, aller à la recherche des personnes en non-recours apparaît ainsi plus que jamais comme une dépense supplémentaire, s'ajoutant potentiellement au coût déjà existant de la CMU-C. La perspective à long terme, selon laquelle des personnes couvertes correctement en matière de maladie auraient un état de santé moins dégradé (Flajolet, 2008) peine à s'imposer face à la crainte d'une augmentation à court terme des dépenses de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C. Pourtant, le référentiel de la gestion du risque pousse à agir de manière plus préventive afin d'éviter la dégradation de l'état de santé de la population et à concentrer des réponses en priorité sur les ressortissants de la branche Maladie qui présente une situation de fragilité sociale ou médicale.

¹²³ Cf. chapitre relatif au Fonds CMU qui explicite les modalités de remboursements des dépenses CMU-C au régime d'Assurance maladie.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Le travail de rassemblement d'indices, piloté par le Fonds CMU, a fait naître une rumeur concernant le non-recours à la CMU-C. Le faisceau de présomptions qui en découle suggère, en effet, l'existence de multiples personnes ne faisant pas valoir leurs droits et un partage des responsabilités quant aux causes de ces situations. Attirant l'attention sur un angle mort de la loi CMU, ce faisceau participe à l'émergence d'une volonté d'étudier, de manière plus approfondie, le non-recours. Tout comme les controverses organisationnelles et politiques relatives à l'aide à la mutualisation d'ailleurs. D'autant que la réforme Douste-Blazy, en prenant plusieurs mesures relatives à la demande de soins avec des conséquences fortes sur la participation financière des patients, renforce la nécessité de disposer d'une complémentaire maladie pour accéder financièrement aux soins.

Les acteurs étatiques et de l'Assurance maladie, concernés par la CMU, ne sont cependant pas unanimement et totalement convaincus du caractère problématique du non-recours à la CMU-C, ni de la responsabilité des uns et des autres dans la résolution potentielle de ces situations. Entre déni de non-recours et renvoi de balle les uns vers les autres, la construction de connaissances scientifiques semble se profiler comme un point de passage obligé pour avancer. Afin de condenser la rumeur, de densifier les informations disponibles et de stabiliser les prémisses de la problématisation du non-recours à la complémentaire. Le Fonds CMU s'engage dans cette voie.

Le non-recours est un objet polymorphe (Rode, 2009) et le Fonds s'attache initialement à en donner une définition simple. L'objet de son appel à projets d'études concerne ainsi les personnes qui n'ont pas demandé leurs droits à la CMU-C, soit le non-recours primaire ou classique. Le choix des études répond ensuite à des considérations scientifiques et méthodologiques : elles doivent permettre d'élaborer des connaissances quantitatives et qualitatives sur le non-recours primaire à la CMU-C. Mais les enjeux stratégiques de la mise en visibilité du phénomène, notamment dans sa forme chiffrée, sont bel et bien présents. L'organisation de la quantification en général, et pour le non-recours aux droits en particulier, est tout particulièrement l'objet d'enjeux de pouvoir et le fruit d'intérêts contradictoires (Brousse, 2005).

Dans cette optique, l'usage d'instruments scientifiquement validés, et régulièrement mobilisés pour évaluer les politiques publiques de santé, est un élément pour légitimer la quantification du non-recours et mieux le positionner dans le spectre de visibilité de la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé. Tout comme l'engagement dans une voie plus expérimentale, avec l'ODENORE et une CPAM, est une manière d'inséminer le non-recours au cœur de l'Assurance maladie.

L'ouverture de cette voie se fait à la faveur d'un rapprochement entre des acteurs de différentes natures, convaincus et intéressés par le non-recours. Leur rencontre a lieu dans un groupe de travail national mis en place dans le cadre de la relance du Plan français de lutte contre les exclusions en 2004. Durant le processus de rapprochement, germe l'idée d'une alliance pour étudier collectivement le non-recours à la complémentaire gratuite. La stratégie du Fonds, visant à importer le phénomène dans la branche Maladie, rencontre celles portées par un acteur de la CNAMTS et par l'ODENORE. Tous ont bien conscience qu'ils ne peuvent travailler de manière unilatérale sur le non-recours (Revil, 2008a). L'alliance se justifie donc, en premier lieu, sur un plan méthodologique. Seuls, ces acteurs ne peuvent dépasser les obstacles techniques et organisationnels qui se dressent sur le chemin de la production de connaissances.

La position marginale sécante d'un acteur de la CNAMTS permet de faire le lien et de poser les prémisses d'une entente entre le Fonds CMU et l'ODENORE. Elle permet aussi l'entrée en contact avec la CPAM de Grenoble, disposée à ouvrir un accès à ses systèmes d'informations pour étudier le non-recours à la CMU-C. L'engagement de la caisse n'est cependant plus aussi clair que cela, suite à un changement de direction. Le positionnement de cet organisme, au style bureaucratique et hiérarchique affirmé, et l'investissement de ses dirigeants constituent, début 2006, un point aveugle de la concrétisation de la production de connaissances dans le cadre de l'étude de l'ODENORE.

L'analyse de l'élaboration des études financées par le Fonds et les négociations précédant la production de connaissances est essentielle pour comprendre l'institutionnalisation du non-recours en matière d'Assurance maladie. Elle démontre la stratégie mise en œuvre par le Fonds pour susciter un intérêt pour le non-recours et en faire un problème nécessitant une intervention publique. Elle explicite aussi le rôle central joué par un acteur de la CNAMTS,

alors même que l'organisme fait globalement de la résistance face au non-recours à la CMU-C.

La nature de l'alliance, qui émerge à travers l'étude de l'ODENORE, est particulièrement intéressante et signe le point de départ d'un long travail expérimental pour mettre en exergue le non-recours à la CMU-C à partir des systèmes d'informations de l'Assurance maladie. Si, à cette période, scientifiques et administratifs s'accordent sur un enjeu commun, l'observation du non-recours à partir des données et des outils d'une CPAM, ils poursuivent toutefois des stratégies qui leur sont propres. Le positionnement de la Caisse primaire est en outre instable et incertain. Initialement, les logiques de l'action des uns et des autres ne sont pas contradictoires, mais elles peuvent, semble-t-il, le devenir. Le cas échéant, l'alliance pourrait bien être circonstancielle et le rapprochement entre les acteurs ne jamais donner lieu à la constitution d'un acteur collectif. Nous tenterons de suivre le chemin de cette alliance pour répondre à ces interrogations.

Chapitre 6.

Quand le non-recours se « donne à voir ». L'élaboration d'un cadre de perception du rapport des ressortissants à leurs droits.

Si le Conseil d'administration (CA) du Fonds CMU décide, fin 2004, de faire du non-recours l'un de ses sujets d'études, l'année 2005 est, quant à elle, surtout consacrée à la préparation des travaux et aux négociations entre les différents acteurs impliqués. Ceci est plus particulièrement le cas de l'étude de l'ODENORE, pour laquelle les enjeux méthodologiques et stratégiques sont forts, du fait de la mobilisation des systèmes d'informations d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Nous l'avons précédemment évoqué.

En ce sens, les trois études présentées dans le chapitre précédent sont concrètement conduites en 2006 : une fois engagées, le délai de réalisation est serré, dans la mesure où le Fonds veut que les résultats de ces travaux constituent l'un des axes principaux de la troisième évaluation de la loi CMU attendue par le gouvernement début 2007. La mise en route des études a pris du temps, en particulier parce que les conditions de leur appropriation ont été soigneusement préparées. Les connaissances chiffrées et qualitatives qui en découlent font en l'occurrence évoluer, de manière importante, les positions des acteurs de la protection maladie quant à la prise en compte du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée.

Ces études stabilisent en effet les représentations du phénomène : elles en font un état des lieux chiffré à partir de volumes importants de données et permettent d'en comprendre les dimensions principales de manière plus solide. Elles proposent, en particulier, une lecture des causes du non-recours qui distribuent différemment les responsabilités entre les ressortissants des droits et les acteurs administratifs chargés de leur mise en oeuvre. A partir de ces éléments, le Fonds construit un argumentaire concernant le non-recours, son positionnement par rapport à son envers, la fraude, et le traitement à lui apporter. Du fait de la position pivot de l'agence parmi les acteurs de la protection maladie et de l'intégration des résultats dans le rapport d'évaluation rendu au gouvernement, cet argumentaire va circuler et renforcer un discours concernant la nécessité d'améliorer l'effectivité de l'accès à la CMU-C, en travaillant

sur ses modalités de mise en œuvre par les organismes gestionnaires des droits, les CPAM. Ce faisant, cet argumentaire contribue à mettre de côté les interrogations relatives à la pertinence des droits en matière de complémentaire.

En parallèle, l'étude réalisée par l'ODENORE signe un retournement quant à la perception du non-recours par la CPAM de Grenoble. D'une part, sa direction prend conscience que ces situations ne sont pas marginales dans sa circonscription. D'autre part, elle entrevoit le phénomène moins comme un dysfonctionnement, que comme un moyen concret d'améliorer la performance de la caisse en ce qui concerne la gestion des droits ciblés sur des populations fragiles. Elle s'intéresse, en ce sens, aux savoir-faire élaborés par l'ODENORE concernant la mise en visibilité du non-recours à partir des systèmes d'informations administratifs. L'étude signe ainsi les prémisses d'une expérimentation locale conduite par la CPAM pour consolider les pistes méthodologiques ouvertes, construire un outil informatique de repérage du phénomène et tester des actions pour le traiter.

Tout en discutant de ces évolutions au niveau national et local, il nous paraît central de présenter finement les résultats des travaux. Cela est essentiel pour comprendre les attitudes des acteurs, l'appropriation et l'utilisation qu'ils font ou non des connaissances produites sur le non-recours à la CMU-C, découlant notamment des stratégies propres à chacun et de la perception différenciée du non-recours à cette période. La présentation des résultats constitue, selon nous, un passage nécessaire pour analyser leurs usages et les raisons qui font que *« tel ou tel savoir accède à une position privilégiée aboutissant potentiellement à l'imposition d'une vision particulière d'un problème, mais aussi à sa mise en administration »* (Aucante, 2000).

Nous faisons l'hypothèse que la production de connaissances sur le non-recours à la CMU-C en stabilisant un socle de représentations quant à son ampleur et à ses causes conforte la transformation de la perception du phénomène engagée avec les présomptions réunies par le Fonds. Les études dessinent plus clairement la responsabilité des acteurs administratifs dans ces situations et leur ouvrent des portes méthodologiques pour envisager un repérage régulier du non-recours et la mise en place d'actions pour y remédier. Ce faisant, elles participent à la mise en forme du non-recours autour d'enjeux d'effectivité et d'efficacité des droits sociaux et éloignent les interrogations concernant leur pertinence.

Quels sont les principaux résultats de ces études ? Quelle est l'ampleur du non-recours, quelles sont les personnes concernées et comment expliquer qu'elles ne demandent pas leurs droits à la CMU-C ? Dans quelles mesures les hypothèses dessinées à travers le faisceau de présomptions réunies par le Fonds CMU sont-elles validées par la réalisation de ces travaux ? Comment les résultats sont-ils utilisés par les acteurs de la protection maladie ? De quelle manière la production de connaissances participe-t-elle à l'émergence et à l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire publique ? Ce chapitre a vocation à répondre à ces questions.

A travers une lecture croisée des études, nous verrons qu'elles démontrent, en premier lieu, que le non-recours à la CMU-C correspond bien à une réalité qui touche un nombre de personnes plus important que certains acteurs de la CMU, en particulier dans les organismes d'Assurance maladie, l'imaginent. Toutes les études estiment des taux de non-recours entre 14% et 32% en fonction des populations et des méthodes retenues. Elles montrent, à partir de plusieurs angles de vue, que les taux de non-recours ne sont pas marginaux et qu'ils dépassent souvent le seuil « normal » de 20% avancé par le directeur du Fonds en ce qui concerne tout minimum social. Au delà, ces études permettent de caractériser *a minima* les personnes concernées par le phénomène, signalant que le non-recours ne touche pas uniquement les plus jeunes, ni exclusivement des personnes n'ayant pas besoin de soins, comme cela a pu être avancé dans la première évaluation de la loi CMU (IGAS, 2001). Ces éléments, ainsi que leurs usages par la CPAM et le Fonds, feront l'objet de la première section du chapitre.

Les études condensent également les indices relatifs aux causes du non-recours. Si les explications propres aux individus, tels les principes relatifs à l'usage des droits ou la conservation d'une complémentaire hors CMU-C sont initialement apparues comme principales (Auvray et Grignon, 2001 ; Boisguérin et Gissot, 2001), les causes institutionnelles du non-recours, esquissées par le faisceau de présomptions du Fonds, s'imposent comme centrales à travers les études. La « raison informationnelle », couplée à un sentiment de complexité administrative, ressort nettement. Les rapports avec les CPAM et les professionnels de santé participent également à expliquer le non-recours. Le non-recours à la CMU-C se révèle ainsi être un phénomène complexe, mêlant explications comportementales et institutionnelles pour reprendre les termes des travaux précurseurs sur le non-recours aux droits (Coe, 1983 ; Kerr, 1982 ; Graham, 1984 ; Van Oorschott, 1991). Problèmes d'information, incompréhension entre les organismes sociaux et leurs ressortissants,

stigmatisation par les professionnels de santé et découragement s'entremêlent dans l'analyse empirique des situations de non-recours et participent à la construction d'un argumentaire par le Fonds CMU sur le phénomène, comme nous le montrerons dans la seconde section de ce chapitre.

SECTION 1.

QUANTIFICATIONS ET CARACTERISATION DU NON-RECOURS A LA CMU-C : USAGES PAR LES ACTEURS DE LA PROTECTION MALADIE

Entre 2003 et 2004, le travail effectué par le directeur adjoint du Fonds met en exergue les rares chiffres disponibles sur le non-recours. En s'appuyant sur les remontées d'informations de l'Assurance maladie, l'organisme signale notamment une évolution contradictoire du RMI et de la CMU-C (Fonds CMU, 2004) et estime, en la matière, le non-recours à hauteur de 20%. Il peut être utile de signaler que le RMI rencontre également un taux de non-recours élevé, variant entre 32 et 40% en fonction de la composition des ménages (Terracol, 2001). Certaines personnes sont donc très certainement en non-recours à la fois au RMI et à la CMU-C.

Les discussions avec les responsables de l'enquête Santé de l'INSEE amènent, quant à elles, à évoquer un taux de non-recours global de l'ordre de 14 à 15%. Du côté des associatifs et plus particulièrement de Médecins du monde (MDM), les taux mis en exergue sont nettement plus élevés, de l'ordre de 60%. La population prise en compte est cependant spécifique. Ces différents chiffres sont ceux sur lesquels le Fonds CMU s'appuie pour signaler l'existence potentielle d'un problème ; il insiste néanmoins fortement sur la nécessité de les renforcer car ils demeurent très incertains.

Ces chiffres concernent, en tout cas, plusieurs populations aux caractéristiques très différentes. Si les allocataires du RMI semblent touchés, tout comme les publics accueillis par des associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre les exclusions, c'est aussi le cas de personnes qui travaillent et dont les ressources approchent le plafond de la CMU-C. Le premier rapport d'évaluation de la loi CMU signale également que le non-recours concerne plutôt des personnes jeunes (Fonds CMU, 2003). En dehors de ces quelques éléments, on sait finalement peu de choses du phénomène et des personnes qui ne font pas valoir leurs droits à la CMU-C à cette époque.

Dans cette perspective, l'un des objectifs communs aux trois études financées par le Fonds CMU est d'estimer des taux de non-recours à la CMU-C à partir de plusieurs ressources informationnelles. Sans vouloir être représentative, il s'agit surtout de quantifier le phénomène

au sein de plusieurs populations pré identifiées comme potentiellement concernées par le non-recours, d'apporter ainsi des données supplémentaires, plus robustes sur l'ampleur du phénomène mais aussi de clarifier les possibilités de mesure.

1.1 - Trois études, trois quantifications du non-recours

Les toutes premières estimations du non-recours montrent donc que le phénomène existe et qu'il peut atteindre une ampleur importante, même au sein des allocataires du RMI bénéficiant pourtant d'un accès simplifié à la CMU-C. Les taux ont-ils décrié une fois le dispositif connu et approprié par les bénéficiaires potentiels ? C'est l'hypothèse qui a été faite dans le premier rapport d'évaluation en 2001 (IGAS, 2001).

Les trois études, bien que soulignant unanimement la complexité des opérations de quantification, arrivent toutes à estimer un ou plusieurs taux de non-recours primaire, c'est-à-dire à quantifier combien de personnes au sein d'une population repérée comme potentiellement éligible à la CMU-C ne bénéficient pas de leurs droits. Elles s'appuient pour cela sur le calcul du non-recours construit dès les premiers travaux anglo-saxons et repris en France par la CNAF (encadré 12). Il consiste à déterminer le différentiel entre une population potentiellement éligible et la population éligible non bénéficiaire d'une prestation sociale (Math, 1996).

Encadré 12

Calcul initial du non-recours primaire

Le taux de non-recours est le ratio de la population éligible qui ne reçoit pas une prestation (NeNr) sur le total des individus éligibles (Ne) :

$$\text{Taux de Nr} = \frac{\text{NeNr} \times 100}{\text{Ne}}$$

Source : P. Warin, 2010.

1.11 - Les taux estimés à partir de l'exploitation de l'Enquête SPS

Les chercheurs du LEGOS procèdent à l'estimation de taux à partir de l'enquête Santé protection sociale (SPS) dans sa version 2004. Partant des ressources déclarées par les répondants, un échantillon de 438 ménages éligibles à la CMU-C est constitué (Legal, 2008). Parmi ceux-ci, seuls 29% se déclarent couverts par la CMU-C (soit 128 personnes), 57% par une autre complémentaire (soit 251 personnes) et 14% ne déclarent aucune complémentaire (soit 59 personnes) (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006).

Selon les auteurs, le non-recours concerne ainsi 71% des ménages éligibles à la CMU-C. Il est cependant essentiel de souligner que ce taux correspond à ceux qui n'ont aucune complémentaire, auxquels sont ajoutés les ménages ayant une complémentaire privée. Pour le dire plus clairement, les chercheurs intègrent dans ce calcul les personnes qui ont une complémentaire hors CMU-C et qui ne sont donc pas dépourvues de protection.

Est-on par conséquent face à des situations de non-recours ? A la CMU-C, oui, à la complémentaire maladie, non. Il paraît en tout cas intéressant de souligner qu'une partie non négligeable des personnes potentiellement éligibles à la CMU-C est bien, en réalité, couverte par une autre protection. Si l'on reste dans le cadre de l'échantillon de 438 ménages et que l'on ne parle que de ceux qui n'ont pas du tout de complémentaire, le taux de non-recours est complètement différent puisqu'il est de 14%.

	Effectifs	Pourcentages
Ménages avec CMU-C	128	29%
Ménages avec une autre complémentaire	251	57%
Ménages sans complémentaire (ni CMU-C, ni autre)	59	14%
Total des ménages	438	100%

Les chercheurs du LEGOS procèdent à un autre calcul pour lequel ils excluent de leur échantillon les personnes qui sont couvertes par un contrat complémentaire privé. Leur échantillon ne compte ainsi plus que 187 ménages, ayant soit déclaré être couverts par la

CMU-C, soit ne pas être couverts du tout par une complémentaire. Dans ce cadre, le taux de non-recours « *au sens strict* », comme le qualifient les chercheurs, s'élève à 32%.

	Effectifs	Pourcentages
Ménages avec CMU-C	128	68%
Ménages sans complémentaire (ni CMU-C, ni autre)	59	32%
Total des ménages	187	100%

Les auteurs de l'enquête déclarent que « *la réalité du taux de non-recours se situe entre ces deux bornes, 1 % et 32%* » (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006). Ils reconnaissent que ces taux restent fragiles et dépendent des choix effectués lors de la composition de l'échantillon. L'incertitude provient notamment des déclarations parfois inexactes par les personnes interrogées concernant leurs ressources ou s'agissant du fait de bénéficier d'une complémentaire. Confusion ou peur de la stigmatisation peuvent, selon les auteurs, expliquer que les personnes déclarent détenir une autre complémentaire que la CMU-C. Quoiqu'il en soit, l'inexactitude des informations peut avoir des conséquences sur la détermination par les chercheurs de l'éligibilité à la CMU-C et de fait sur la quantification des taux de non-recours.

1.12 - La quantification du non-recours à la CMU-C et à l'ACS au sein de l'étude de l'IRTS

L'étude pilotée par Brigitte Berrat, de l'IRTS, a été réalisée au sein de 29 foyers et résidences sociales de région parisienne. Pour huit de ces établissements cependant, les données relatives aux ressources des personnes hébergées ne sont pas complètes. Parallèlement, en leur sein, le relevé des personnes bénéficiant ou non des dispositifs n'a pas été fait avec suffisamment de fiabilité pour utiliser les informations au sein de l'étude (Berrat, 2008). Dans ce cadre, le nombre de personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS n'a pas été déterminé pour l'ensemble des établissements.

Au sein des 21 autres structures, B. Berrat a repéré, à partir des éléments relatifs aux ressources, 557 bénéficiaires potentiels de la CMU-C. Parmi eux, une large majorité, 425 personnes, bénéficie de la prestation, tandis que 132 n'en disposent pas. La sociologue ne précise pas si une partie de ces personnes dispose d'une autre protection. Le taux de non-

recours mesuré est ainsi de 24%. Il ressort également que dans l'ensemble des situations de non-recours à la CMU-C, 21% concernent des allocataires du RMI (Berrat et Paul, 2006).

	Effectifs	Pourcentages
Personnes avec CMU-C	425	76%
Personnes sans CMU-C	132	24%
Total	557	100%

	Personnes sans complémentaire	
	Effectifs	Pourcentages
Allocataires du RMI	27	21%
Non allocataires du RMI	105	79%
Total	132	100%

Cette étude s'intéresse finalement également au non-recours à l'Aide complémentaire santé (ACS)¹²⁴. Brigitte Berrat explique, en effet, avoir repéré environ 70 personnes éligibles à la prestation au sein des établissements pris en compte. Les dossiers consultés pour constituer l'échantillon ne contiennent cependant pas l'information relative au bénéfice de cette aide, au contraire de l'information relative au bénéfice de la CMU-C. Dans ce contexte, il a été impossible de déterminer avec précision le taux de non-recours à l'ACS. Brigitte Berrat signale toutefois que, toutes les personnes détectées comme potentiellement éligibles à l'ACS qu'elle a rencontrées, lui ont dit ne pas en bénéficier. Elle en déduit que le non-recours en la matière serait donc total et introduit ce résultat dans le rapport d'étude destiné au Fonds CMU.

Tout comme les chercheurs du LEGOS, B. Berrat souligne la spécificité de la méthodologie employée pour quantifier le non-recours, mais aussi le caractère particulier de la population

¹²⁴ Il est possible que nous dénommions parfois dès à présent le crédit d'impôt ou l'aide à la mutualisation : Aide complémentaire santé (ACS). Le crédit d'impôt, créé par P. Douste-Blazy en 2004, prend en effet progressivement cette appellation. Nous en reparlerons plus loin dans ce travail.

enquêtée. Les taux mesurés ne sont, selon elle, pas représentatifs du phénomène en général mais « *constituent néanmoins des points de repère concernant une question pour laquelle les éléments quantitatifs sont peu nombreux* » (Berrat, 2008). Ces points de repère sont en effet importants, d'autant que la détection de l'éligibilité, au sein de cette étude, s'appuie non pas sur des déclarations des personnes mais sur des informations issues de documents administratifs. Cela constitue un gage de solidité, même s'il est vrai que les ressources ont pu évoluer dans le temps, faussant possiblement là aussi le repérage de l'éligibilité.

1.13 - L'estimation de plusieurs taux de non-recours à partir des données d'une CPAM

Cette étude, que nous avons menée avec l'ODENORE, porte le regard, rappelons-le, sur les allocataires du RMI pour lesquels l'accès à la CMU-C est dit « automatique ». Dans la mesure où la visée de ce travail est également méthodologique, nous avons testé deux protocoles pour identifier le non-recours à la CMU-C à partir des informations détenues par une CPAM (Revil, 2006). Quelques précisions méthodologiques s'imposent, nous les distillerons au fil du texte. Ceci est important car, comme nous le verrons, les connaissances méthodologiques produites dans le cadre de cette étude sont reprises par l'Assurance maladie pour expérimenter à plus grande échelle les possibilités de repérage du non-recours à partir de ses systèmes d'informations.

A. L'estimation du non-recours parmi les assurés affiliés au régime 806

En premier lieu, nous avons travaillé à partir du code 806, régime d'affiliation des bénéficiaires du RMI (encadré 13) afin d'extraire, de la base de données de la CPAM, l'ensemble des allocataires du minimum social connu par la caisse. Ceci constitue un préalable pour, dans un second temps, identifier le non-recours à la CMU-C. La CPAM peut effectuer ce type de requêtes, puisqu'elle dispose, pour chaque assuré, de l'information concernant le type de complémentaire dont il bénéficie. Il lui est donc possible de savoir si les personnes ont la CMU-C, une autre complémentaire ou pas de complémentaire du tout.

Encadré 13
L'affiliation à un régime d'Assurance maladie

L'affiliation est le rattachement d'une personne à une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Toute personne relevant du régime général de la Sécurité sociale est affiliée à la CPAM de son lieu de résidence habituelle. En fonction de son statut socioprofessionnel, l'affiliation est faite à un régime particulier. Des codes sont attribués à chaque régime, ce qui permet une catégorisation et un repérage par l'Assurance maladie. Parmi les principales affiliations du régime général de l'Assurance maladie, on peut citer le régime 101 correspondant aux personnes salariées, le régime 806 attribué aux allocataires du RMI (désormais ceux du RSA), le régime 250 désignant les étudiants. L'affiliation à un régime est à la base de l'ensemble des procédures réalisées par une CPAM concernant la gestion des prestations en espèce et en nature en matière de santé. Dans le système d'informations, chaque assuré est donc « répertorié » par un code spécifique en fonction de son appartenance professionnelle, de son statut ou du fait qu'il soit bénéficiaire d'une prestation sociale.

Source : service-public.fr

A partir d'une requête sur le code 806, 9 200 personnes sont identifiées comme bénéficiaires du RMI au sein de la base de données opérantes (BDO) (encadré 14) de la CPAM de Grenoble en avril 2006. Une seconde extraction détecte, parmi ces 9 200 personnes, celles qui ne sont pas bénéficiaires de la CMU-C ni d'une autre complémentaire maladie, soit 2 569 personnes. Un premier calcul fait, par conséquent, apparaître un taux de non-recours de 28%.

Encadré 14
La Base de données opérantes (BDO) des CPAM

Le système d'informations de l'Assurance maladie se décompose en plusieurs branches : les données de production, des fichiers référentiels et des bases de données opérationnelles. Le domaine de la « production » regroupe l'ensemble des opérations qui aboutissent au paiement de l'assuré (ou du tiers en cas de tiers payant). Les « données de production » constituent l'ensemble des données recueillies dans ce cadre. Elles concernent deux grands types de prestations : les prestations en espèce et les prestations en nature. Les données de production permettent notamment d'alimenter des fichiers référentiels, c'est-à-dire des répertoires mis en place par la CNAMTS concernant : les bénéficiaires (assurés et leurs ayants droits), les professionnels de santé, les établissements de santé et les nomenclatures en vigueur pour le codage des actes et prestations. Parmi ces fichiers référentiels, on trouve des fichiers de bénéficiaires conservant les données administratives relatives aux bénéficiaires au niveau régional et national. Ces fichiers se caractérisent actuellement par une gestion par « famille » (ayants droit rattachés à un assuré), en attendant une évolution du système d'informations vers une gestion par individus (Référentiel Individus en préparation). L'un de ces fichiers se nomme la Base de Données Opérantes (BDO) Famille. Elle comprend les données administratives concernant les assurés et bénéficiaires pris en charge par le Régime général, ainsi que certaines données liées aux prestations en espèces ou à caractère médico-administratif (cures, appareillages...). Il s'agit d'une base régionale, hébergée dans les Centres techniques informatiques (CTI) de l'Assurance maladie. Chaque base régionale regroupe tous les individus gérés par l'ensemble des caisses de la région. Elle est mise à jour en temps réel par les techniciens des caisses. Elle est sollicitée en permanence lors du contrôle des données dans les traitements de production.

Source : Document « Les bases de données de l'Assurance maladie », M. Coeuret-Pellicer et M. Zins, équipe mixte Inserm/ Cnamts 687, 2006.

Nous avons cependant poussé les investigations un peu plus loin, la responsable du service CMU de la CPAM de Grenoble de l'époque ayant des doutes quant à l'exactitude de ce chiffre. Selon elle en effet, la situation des assurés n'est pas toujours actualisée en temps réel dans les bases de données des Caisses primaires, ce qui peut induire des inexactitudes concernant la quantification du non-recours. Des personnes peuvent par exemple être connues sous le régime 806 alors qu'elles ne perçoivent plus le RMI. A l'inverse, d'autres peuvent être allocataires du RMI tout en étant affiliées à un autre régime en ce qui concerne l'Assurance maladie. Dans la mesure où l'objectif du travail mené avec l'ODENORE est aussi d'expérimenter les potentialités des systèmes d'informations de la CPAM et d'élaborer un protocole de repérage du non-recours, il semble important de vérifier la fiabilité des opérations effectuées et de les affiner si nécessaire (Revil, 2006).

Pour procéder à ces vérifications concernant les 2 569 personnes affiliées au régime 806 et repérées en non-recours, nous avons utilisé plusieurs outils dont CAFPRO (encadré 15) et le RNIAM (Répertoire national inter régime de l'Assurance maladie). CAFPRO, en donnant un accès direct aux informations détenues par la CAF sur ses allocataires, permet de confirmer ou d'infirmer le fait que les personnes perçoivent toujours le RMI. Les recherches dans le RNIAM nous indiquent, quant à elles, si les personnes dépendent toujours de la CPAM de Grenoble ou si elles sont connues dans une autre caisse, voire dans un autre régime d'Assurance maladie.

Encadré 15
Le service CAFPRO

Le service CAFPRO donne un accès aux dossiers des allocataires de la branche famille de la Sécurité sociale à certains partenaires : travailleurs sociaux, professionnels des Conseils généraux, agents des CPAM entre autres. Les CAF se sont en effet engagées à développer l'accessibilité à l'information aussi bien à leurs allocataires qu'aux autres acteurs administratifs. CAFPRO permet donc aux partenaires habilités d'accéder aux informations des dossiers allocataires. Selon le « profil » attribué par la CAF, chaque partenaire accède exclusivement aux données nécessaires à sa mission. Le service dispose d'un accès sécurisé et confidentiel, il a fait l'objet d'un avis favorable de la CNIL. CAFPRO est régi par une convention de service entre la CAF et le partenaire, avec un engagement personnel de l'utilisateur final qui est responsable de l'utilisation des informations qu'il consulte. CAFPRO a vocation à renforcer l'autonomie des acteurs partenaires, ainsi l'utilisateur peut-il consulter les dossiers selon sa propre organisation de travail, indépendamment des horaires des interlocuteurs ou des services de la branche famille. C'est également la qualité du service rendu à l'utilisateur qui est recherchée ; cet outil fournissant de nombreuses données sur la situation d'un allocataire, la réclamation de pièces justificatives supplémentaires peut être évitée.

Source : site internet CAF.

Les vérifications ne pouvant se faire que dossier par dossier, ce travail nous a pris plusieurs semaines. Il permet néanmoins de constater que de nombreuses personnes intégrées dans notre population de référence d'« allocataires du RMI, affiliés au régime 806 » ont finalement une situation qui a évolué et qui ne correspond plus à celle qui nous intéresse dans l'étude pour le Fonds CMU. Certaines ne sont, en effet, plus allocataires du RMI, d'autres ont changé de caisse et ne dépendent plus de la CPAM de Grenoble.

Une fois l'ensemble des vérifications effectuées, nous avons déterminé un échantillon de personnes correspondant bien au profil recherché, à savoir allocataires du RMI, toujours affiliés à la CPAM de Grenoble, puis recalculé le taux de non-recours. *In fine*, seules 1 099 personnes répondent effectivement au profil recherché et 1 470 ont été retirées de l'échantillon (Revil, 2006) Le taux de non-recours à la CMU-C ainsi recalculé est de 14% (encadré 16).

Encadré 16
Calcul du non-recours primaire des allocataires du RMI à la CMU-C
à partir des données des CPAM

Le taux de non-recours est le ratio des allocataires du RMI, percevant toujours ce minimum et connus par la CPAM sous le code 806, qui ne disposent pas de la CMU-C (NeNr), sur le total des allocataires du RMI percevant toujours ce minimum et connus par la CPAM sous le code 806 (Ne) :

$$\text{Taux de Nr} = \frac{\text{NeNr} \times 100}{\text{Ne}}$$

Source : H. Revil, 2006.

On peut tirer de ce calcul une leçon méthodologique. S'il est possible de donner une estimation du non-recours à la CMU-C des allocataires du RMI à partir des bases de données de la CPAM, on perçoit cependant à travers les différentes étapes de la quantification, les inexactitudes qui peuvent se glisser dans l'exercice. Mises bout à bout, elles modifient le taux de non-recours. Ces inexactitudes ne gênent pas la gestion quotidienne des droits maladie ; elles y sont d'ailleurs liées et sont symptomatiques du fait que les fichiers servant à la liquidation des dossiers et à la gestion de droits quels qu'ils soient, ici en l'occurrence aux remboursements de soins ou aux paiements d'indemnités journalières, ne sont pas conçus pour réaliser des opérations statistiques ou des dénombrements actualisés de bénéficiaires (Revil, 2008a). Le protocole de repérage et de quantification du non-recours, à partir de ce type de ressources informationnelles, n'est ainsi pas donné d'avance, il se construit pas à pas et nécessite des échanges constants entre le chercheur qui réalise l'étude et les agents de la CPAM qui détiennent la connaissance des bases de données mais aussi de la réglementation de l'Assurance maladie (Revil, 2009).

B. L'estimation du non-recours parmi les assurés affiliés au régime 101

Dans cette perspective, une autre indication de la responsable CMU nous a questionnée quant à la pertinence de ce protocole de quantification fondé sur le repérage des assurés de la

CPAM affiliés au régime 806 : tous les allocataires du RMI, connus par la CAF, ne sont pas nécessairement recensés en tant que tel par la CPAM. Pour le dire autrement, ils ne sont pas tous identifiés sous le code 806 dans les bases de données de l'Assurance maladie ; les informations relatives aux nouveaux entrants dans le RMI, transmises par la branche Famille, ne sont en effet pas nécessairement exploitées par la Caisse primaire. Cette procédure, pourtant prévue dans le cadre de la loi CMU, n'est pas, à cette époque, automatisée sur l'ensemble du territoire. Concernant la circonscription de Grenoble par exemple, la CAF fournit chaque mois un listing en format papier pour signaler les nouveaux bénéficiaires du RMI à la CPAM, afin que celle-ci les identifie, dans son fichier, et les informe de leurs droits en matière de CMU-C. En 2006, rien n'est sur ce point informatisé.

Par manque de temps et de personnels à consacrer à l'exploitation manuelle du listing, la CPAM n'utilise pas ces informations. Elle n'actualise donc pas régulièrement sa connaissance des allocataires du RMI en s'appuyant sur les informations de la CAF. Une partie d'entre eux n'est pas affiliée sous le code 806 dans la Base de données opérantes (BDO) et reste identifiée par le code correspondant à une ancienne situation, en général, le code 101 - régime d'affiliation des salariés. Si la CPAM n'exploite pas les listings papiers fournis par la CAF, le régime d'affiliation demeure inchangé.

Mais la non actualisation du régime peut aussi s'expliquer par le fait que le droit à la protection maladie est maintenu, durant une durée fixée par l'institution, après la perte d'un emploi. Des personnes restent alors affiliées, pendant un temps, au régime salarié alors même qu'elles sont allocataires du RMI. Il est aussi possible que certaines personnes perçoivent l'allocation du RMI, tout en justifiant d'au moins 120 heures de travail au cours des trois derniers mois. Dans ce cadre, la raison pour laquelle elles sont toujours affiliées au régime 101 est qu'elles alternent des périodes d'emploi et des périodes d'inactivité. *In fine*, le résultat de ces trois situations est le même : tous les allocataires du RMI ne sont pas affiliés à la CPAM au régime 806, comme nous l'a signalé la responsable du service CMU.

Dans cette perspective, nous avons décidé d'expérimenter un second protocole pour repérer le non-recours à la CMU-C des allocataires du RMI, en nous centrant non pas sur ceux qui sont affiliés au régime 806, mais au régime 101. Nous avons, pour ce faire, travaillé à partir du listing que la CAF adresse chaque mois à la CPAM et qui recense les nouveaux entrants dans le RMI. Le travail a d'abord consisté à identifier dans la Base de données opérantes (BDO) de

la Caisse primaire ces nouveaux allocataires, encore affiliés au régime 101. A côté de cela, nous avons exploité un second listing de la CAF, qui répertorie les allocataires du RMI justifiant d'au moins 120 heures de travail au cours des trois derniers mois. Nous avons constitué un échantillon de 521 personnes à partir de ces informations (Revil, 2006).

Au sein de ce groupe, 63% (soit 326 personnes) disposent de la CMU-C. 19% (soit 100 personnes) ont une autre complémentaire tandis 18% (soit 95 personnes) n'ont aucune protection. Nous retrouvons la difficulté rencontrée par les chercheurs du LEGOS : le non-recours correspond-t-il à l'ensemble des personnes qui n'ont pas la CMU-C, y compris celles qui disposent d'une autre complémentaire ? Ou uniquement à celles dépourvues de toute protection ? Dans le premier cas, qui tient compte des personnes n'ayant pas de complémentaire et de celles qui ont une complémentaire privée, on obtient un taux de non-recours à la CMU-C de 37% pour les allocataires du RMI, affiliés au régime 101. Dans le second, correspondant aux personnes qui n'ont pas de protection complémentaire maladie, le taux de non-recours atteint 18%.

	Effectifs	Pourcentages
Personnes avec CMU-C	326	63%
Personnes avec une autre complémentaire	100	19%
Personnes sans complémentaire (ni CMU-C, ni autre)	95	18%
Total	521	100%

Cette seconde tentative de quantification du non-recours signale l'importance du partage d'informations entre organismes de Sécurité sociale. C'est effectivement le fait d'avoir travaillé à partir des listings de la CAF qui a permis de procéder à cette seconde estimation et de vérifier certaines informations détenues par la CPAM. Nous reviendrons sur ces points dans le chapitre suivant.

De manière générale, les différentes quantifications du non-recours, obtenues à travers les trois études, démontrent la complexité de l'exercice et la nécessité de préciser certains points à la fois méthodologiques et définitionnels. Si elles ne sont pas nécessairement représentatives du problème puisque effectuées à partir de populations particulières, elles soulignent cependant toutes que le non-recours n'est pas marginal. Ainsi si l'on ne parle que des personnes dépourvues de toute protection, les taux de non-recours à la CMU-C oscillent entre 14 et 32%.

1.2 – Valeur sociale des chiffres et usages des taux de non-recours

Les études financées par le Fonds, en proposant plusieurs chiffrages, viennent borner plus précisément l'ampleur du non-recours et surtout permettent de lui donner un poids de réalité dans les représentations des acteurs de la protection maladie, comme les propos de la Sous-directrice de la CPAM de Grenoble nous le suggèrent :

« On voit bien oui avec les taux qu'il y a des gens qui n'ont pas leurs droits. Il y en a qui ne viennent pas. C'est vrai. Et il y en a beaucoup ».

Propos de Michèle Bussière, lors d'une réunion relative à l'étude sur le non-recours à la CMU-C des allocataires du RMI, septembre 2006.

1.21- Perception de la « non-captivité » des ressortissants potentiels de la CMU-C et enjeux pour la CPAM

L'agrégation dans une information chiffrée de situations individuelles confère ainsi une forme de réalité au non-recours à la CMU-C ; des cas singuliers commencent à exister parce qu'ils sont comptés. On comprend, en effet, que c'est parce qu'il y a « beaucoup » de personnes en non-recours, et que l'on est en capacité de donner corps à ce « beaucoup », qu'un début de reconnaissance de l'existence du phénomène se profile. Les taux donnent une possibilité de penser le non-recours et d'en saisir mentalement le concept. Ils révèlent ce que les fonctionnements productifs de la branche Maladie invisibilisent, ce que ses indicateurs d'activité ne lui signifient pas et ce que sa posture d'action traditionnelle en attente des administrés ne permet pas de capter. Le chiffrage du non-recours rend visible le fait que des personnes ne sont pas « captives » de l'administration et qu'elles ne bénéficient donc pas de

leurs droits. L'unification dans un tout numérique révèle cette réalité là et lui confère un statut de preuve, comme le suggère l'expression « *c'est vrai* » utilisée par la Sous-directrice.

A la CPAM de Grenoble, la production de connaissances sur le non-recours amorce un retournement quant à la perception du phénomène par la direction, amenant même la caisse à vouloir prolonger le travail engagé par l'ODENORE. Si cette évolution tient pour beaucoup à la mise en exergue de taux, elle est selon nous préparée tout au long de l'étude par le positionnement de la responsable du service CMU par rapport à l'étude et plus globalement par rapport au non-recours. Dès le départ, la responsable s'investit fortement dans la réalisation de l'état des lieux commandé par le Fonds CMU. Elle fait, en effet, rapidement le lien entre les difficultés d'accès aux droits qu'elle doit quotidiennement solutionner, qui ne sont en outre pas prises en compte dans les statistiques du service, et la question du non-recours. Celle-ci entre ainsi en résonance avec son activité, la responsable s'occupant en priorité des dossiers pour lesquels l'accès à la CMU-C est entravé par des obstacles administratifs et épaulant les agents pour « liquider » ce type de dossiers. Elle explique que le traitement hétérogène de ces situations peut avoir un impact sur la productivité du service CMU. C'est, par exemple, le cas des personnes qui demandent tardivement leurs droits, nécessitant alors une prise en charge prioritaire par la CPAM, source de déstabilisation de l'organisation du travail et d'allongement du délai d'instruction pour les autres dossiers. C'est également le cas des dossiers incomplets, nécessitant de multiples allers-retours entre la caisse et les demandeurs et limitant le nombre de dossiers effectivement liquidés par les agents sur une journée. En ce sens, l'étude est l'occasion pour la responsable de signifier à sa hiérarchie, la Sous direction de l'Assurance maladie, la complexité de prendre en compte les difficultés d'accès aux droits dans un service principalement organisé pour instruire rapidement, et en grand nombre, les dossiers de CMU-C et exclusivement évalué en ce sens.

Mais comment, dans une organisation aussi hiérarchisée et bureaucratique que la CPAM, fonctionnant en outre par supervision directe, la responsable du service arrive-t-elle à faire remonter son point de vue vers sa hiérarchie ? La suivi de l'étude à la CPAM est, nous l'avons dit, effectué par la sous directrice récemment nommée : Michèle Bussière. Celle-ci se trouve dans une position « fragile » par rapport à cette mission ; comme nous l'avons signalé, sa perception du non-recours est réduite et elle ne maîtrise, à cette période, pas encore l'ensemble des dimensions de la gestion de la CMU. Elle n'a, en outre, que peu de temps à consacrer à cette étude, dans un contexte de prise de fonction. Pour autant, M. Bussière veut

démontrer sa capacité à conduire ce travail confié par le directeur, en général peu enclin à déléguer. Afin d'y parvenir, elle prend donc appui sur la responsable CMU. Il se trouve qu'un lien informel existe entre elle, étant toutes deux amies d'enfance. La responsable a, de ce fait, un accès plus direct que les autres cadres de la CPAM à la sous direction. Par ailleurs, et c'est le point principal, la responsable dispose d'une connaissance forte de la CMU et s'approprie immédiatement la question du non-recours. De ce fait, elle devient l'interlocuteur principal de l'ODENORE au sein de la caisse. Henry Mintzberg explique que, même dans des organisations très centralisées et hiérarchisées, il existe des situations où les membres du centre opérationnel ou de l'élément médian acquièrent une marge de manœuvre et peuvent influencer les décisions des dirigeants. Selon le sociologue, cette situation s'observe notamment lorsqu'un dirigeant a besoin de l'expertise et de la collaboration d'un agent des strates inférieures pour effectuer une mission (Mintzberg, 1987). Le pouvoir est alors décentralisé sélectivement et amène un renforcement, en général temporaire, des mécanismes d'ajustement mutuel. A travers eux, les individus communiquent de façon plus informelle les uns avec les autres, laissant de côté certaines règles hiérarchiques.

La période de l'étude financée par le Fonds CMU marque une évolution de la sorte : la sous directrice s'appuie sur l'expertise de la responsable CMU pour mener à bien sa mission et se positionner de manière plus solide face au directeur. La responsable n'est plus uniquement dans une position d'exécutante ; des échanges s'organisent avec l'ODENORE en dehors de la ligne hiérarchique et une forme d'apprentissage « par le bas » se met en place, permettant une appropriation de la question du non-recours à la CMU-C par la sous-directrice, qui en perçoit progressivement les contours et les enjeux pour la caisse.

Karl E. Weick, universitaire américain et théoricien majeur des organisations, souligne que celles-ci ne réagissent souvent qu'à des éléments qu'elles ont elles-mêmes institués à travers un travail cognitif (Weick, 1969). A l'instar de cela, la réalisation de l'état des lieux du non-recours au cœur d'une CPAM et la production de taux induisent une réaction de la part de la CPAM par rapport au non-recours. Elles lui suggèrent la nécessité d'intervenir sur le phénomène, en particulier parce que le nombre de personnes sans droit CMU-C impacte la performance de la CPAM concernant la gestion du dispositif. La croissance de l'importance accordée à l'accès à la complémentaire dans la limitation des inégalités en matière de santé, à l'heure de la gestion du risque, s'est en effet traduite par l'incorporation dans la nouvelle

COG, signée entre la CNAMTS et l'Etat pour la période 2006-2009, d'objectifs relatifs à l'accès à la CMU-C et au crédit d'impôt :

« On ne peut pas laisser ça de côté, ça concerne trop de monde. Surtout que la bonne gestion de la CMU-C ça fait partie de nos objectifs dans la nouvelle COG ».

Propos de Michèle Bussière, Sous-directrice de l'Assurance maladie, CPAM de Grenoble, lors d'un échange autour du rapport d'étude pour le Fonds CMU, octobre 2006.

Les taux de non-recours inquiètent ainsi la caisse, alors que la Convention souligne précisément la nécessité *« de renforcer l'accès à la complémentaire des personnes en situation de précarité par une gestion attentive des dossiers CMU et par la promotion de l'ACS »* (CNAMTS, 2006). La direction de la CPAM voit dans les taux une *« contre-performance qui peut avoir un impact sur les résultats et le classement de la caisse »*¹²⁵. Dans une logique de pilotage par objectifs/résultats, les dirigeants des organismes de Sécurité sociale sont en l'occurrence, de plus en plus, amenés à prouver la performance de leur organisme, aussi bien en terme de qualité et de fiabilité, qu'en terme de coûts ou de réactivité au droit (Bauer, 2010). Alors que le registre de redevabilité est de plus en plus gestionnaire et se fait à partir des *outputs*, il s'agit, selon Michel Bauer, responsable de l'Observatoire des dirigeants, *« de faire de belles performances pour chaque type de prestations, certains financements des caisses en dépendant. Il faut [donc] être inattaquable sur le cœur de métier, mais aussi pouvoir innover pour avoir un coup d'avance sur les autres »* (Bauer, 2010). En ce sens, la CPAM s'inquiète du non-recours mais s'intéresse aussi aux pistes méthodologiques ouvertes par l'étude pour tenter de prendre en compte davantage le phénomène.

A l'instar de ces constats, le chiffre devient tout à la fois un médiateur pour penser le non-recours, une preuve de son existence et une justification d'une éventuelle action. Ce qui est notable, c'est que ces statuts sont attribués aux taux par la direction de la CPAM, indépendamment de leur validité scientifique ou de leur solidité méthodologique. Alors que l'ODENORE a signalé certaines incertitudes concernant les protocoles qui ont permis de les construire et des limites liées à la nature des données administratives, la CPAM n'en fait pas de cas et accorde de l'importance aux taux de non-recours. Ces incertitudes viennent même, pour certains des acteurs qui ont été impliqués dans l'étude, légitimer la poursuite d'essais et

¹²⁵ Extrait d'une discussion avec Michèle Bussière, novembre 2006.

de tests sur les systèmes d'informations administratifs pour améliorer le repérage du non-recours et fournir un socle plus solide à une éventuelle action. Le directeur des Etudes et de l'informatique de la CAF de Grenoble, Hugues Saniel, le suggère :

« Cette première étude a montré qu'on pouvait connaître le non-recours à partir de nos fichiers, donc qu'on pouvait repérer les gens. Bon ça demandait encore un peu de boulot ».

Entretien avec Hugues Saniel, Directeur études et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

La connaissance méthodologique produite au travers du processus d'étude pour faire un état des lieux du non-recours tend ainsi à être appropriée par les acteurs administratifs. Il s'agit d'en user pour poursuivre l'expérimentation du repérage du non-recours à partir des systèmes d'informations des organismes de Sécurité sociale. Ceci pour informer de manière régulière le non-recours, suivre l'évolution des taux mais aussi pour déterminer dans quelle mesure il est possible d'élaborer le support d'une éventuelle intervention auprès des personnes repérées en non-recours aux droits à la complémentaire. Les savoir-faire de l'ODENORE participent ainsi de ce qui est prioritairement approprié par les acteurs de terrain. Ils tissent un lien entre connaissance et pratique et signent la possibilité de la stabilisation du partenariat entre acteurs administratifs et scientifiques. Néanmoins, cette appropriation et le regard qui en découle sur l'acteur scientifique placent celui-ci dans un rôle qui est davantage celui de l'expert. Cela l'oblige à une vigilance accrue quant à son positionnement dans des alliances de ce type et à continuer à soulever en parallèle les enjeux du non-recours autres que méthodologiques. La mise en exergue des facteurs explicatifs du non-recours, et de l'ensemble de leurs enjeux sociaux, peut contribuer à maintenir un rapport distancié aux acteurs administratifs. Elle donne la possibilité de faire circuler tout à la fois des savoirs et des savoir-faire dans les alliances. Nous y reviendrons dans le prochain chapitre.

1.22- L'usage des chiffres par le Fonds pour élaborer un argumentaire sur le rapport des ressortissants de la CMU-C à leurs droits

Le signalement d'incertitudes méthodologiques quant à la quantification du non-recours à la CMU-C n'est pas propre à l'ODENORE. Les deux autres équipes de recherche, l'IRTS et le LEGOS, ont pointé des limites dans leurs calculs et la prudence avec laquelle il convient, dans

ces conditions, de les utiliser. Pour autant, les taux sont les premiers éléments mobilisés, début 2007, par l'agence du Fonds dans la partie relative au non-recours du troisième rapport d'évaluation de la loi CMU. Le Fonds use cependant des taux d'une manière spécifique et dans un sens bien particulier, comme le traduisent les mots de Bruno Négroni :

« On voit de toute façon dans les trois études que les taux ne sont jamais anecdotiques. On va mettre ça globalement en regard avec la fraude ».

Propos de Bruno Négroni lors du Comité de pilotage de l'étude ODENORE, octobre 2006.

Comme le suggère cet extrait, le Fonds fait un usage global des taux, plutôt que de revenir très précisément sur chacun de ces chiffres. Ce faisant, s'il s'agit de signifier que le phénomène est préoccupant parce qu'il concerne un grand nombre de personnes, il est surtout question de positionner le non-recours face la fraude. Nous avons expliqué dans le précédent chapitre que celle-ci est au cœur des préoccupations des acteurs de l'Assurance maladie et qu'elle fait l'objet d'une réponse institutionnelle forte. La formulation par laquelle le Fonds engage sa partie relative au non-recours est révélatrice de l'élaboration d'un argumentaire spécifique, s'appuyant en premier lieu sur le constat générique de l'ampleur du phénomène : *« La question de la fraude aux prestations sociales occupe une place importante dans l'analyse de la mise en œuvre des politiques publiques. Pourtant si l'on s'en réfère globalement au nombre de personnes concernées, c'est la question du non-recours qui devrait occuper la première place »* (Fonds CMU, 2007).

En suggérant l'ampleur du non-recours, sans jusque là précisément l'informer, et en expliquant qu'elle dépasse celle de la fraude, sans non plus citer de chiffres, le Fonds classe néanmoins ces problématiques par ordre d'importance et propose ainsi un argumentaire particulier du rapport des ressortissants de la CMU-C avec leurs droits. Il use pour ce faire d'un vocabulaire relatif à l'ampleur du non-recours, *« un non-recours massif des allocataires du RMI »*, *« un non-recours important en population générale »* (Fonds CMU, 2007). Cela lui permet d'instiller l'idée que le phénomène concerne de nombreuses personnes, mais sans avoir d'emblée à présenter les taux ou à interroger leur construction, et de poser ainsi les socles d'un argumentaire concernant les droits à la complémentaire publique, à savoir qu'ils sont davantage sous utilisés que l'inverse. L'agence se sert en effet du non-recours pour

étayer l'idée selon laquelle les ressortissants sous utilisent leurs droits, plus qu'ils ne les sur utilisent¹²⁶.

Ce faisant, il ne s'agit pas de dire que la lutte contre la fraude est illégitime, mais de distiller l'idée selon laquelle la question du non-recours est, au moins, aussi légitime. Les auteurs de l'évaluation précisent d'ailleurs « *qu'ils vont traiter de ces questions dans cet ordre* » (Fonds CMU, 2007), c'est à dire en premier lieu du non-recours, puis de la fraude. La partie du rapport relative à ces questions s'intitule : « *accéder à ses droits, n'accéder qu'à ses droits* » (Fonds CMU, 2007). Le Fonds revient en outre sur le fait que les réponses apportées à la fraude par les organismes d'Assurance maladie sont importantes et multiples. Ils les présentent d'ailleurs et suggèrent en filigrane que le temps est peut-être venu de déplacer le regard de la fraude vers le non-recours, afin d'intervenir progressivement sur ces deux types de situation. Si les références à l'ampleur du non-recours viennent soutenir la reconnaissance de la réalité du phénomène, à côté de celle de la fraude, et tenter de prioriser l'ordre de ces problématiques, elles tendent parallèlement à esquisser la nécessité d'une intervention auprès des non-recourants afin de les rapprocher de leurs droits. Dans cette perspective, le Fonds explique que le non-recours peut être un instrument dans une politique générale d'accès aux droits visant tout autant à contrôler les abus qu'à permettre effectivement aux personnes éligibles de bénéficier des prestations qui leur sont destinées :

« Le non-recours doit être comparé à la fraude ; en tout cas, quand on fait l'un, on peut faire l'autre... Au niveau technique j'entends. Ça a été le cas dès le départ à la branche Famille où des parallèles ont été faits. Lorsque des statistiques remontaient des contrôles, on essayait de regarder la détection des fraudes mais aussi les rappels de droits ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

On retrouve à nouveau ici l'influence du passage de Bruno Négroni par la branche Famille de la Sécurité sociale : cette lecture de l'accès aux droits visant à mettre en face à face la fraude et le non-recours, à en faire des leviers parallèles d'une modernisation des procédures administratives et de l'amélioration du service rendu, a été initialement prônée par la CNAF (Kesteman, 2004). Cette manière d'approcher le non-recours dans l'évaluation de la loi CMU permet en l'occurrence au Fonds de décentrer l'attention des taux en eux-mêmes. Pour

¹²⁶ Cet argumentaire est repris par le directeur adjoint du Fonds dans un article qu'il rédige en 2008 : Négroni B., (2008), « De la fraude au non recours au droit », *Vie sociale*, n°1, pp. 37-42.

l'agence, même si chaque méthode de chiffrage présente des limites méthodologiques, les taux qui en découlent se recoupent et démontrent que les personnes en non-recours sont nombreuses, même parmi les allocataires du RMI normalement « automatiquement » affiliés à la CMU-C. C'est ainsi que les taux acquièrent une valeur sociale (Ogien, 2010), par la mise en relation les uns avec les autres. C'est ensemble qu'ils sont dotés d'une importance qu'il n'aurait pas nécessairement eue pris de manière séparée. Il faut d'ailleurs entrer dans le corps du texte du rapport pour trouver chacun des taux, présentés de manière succincte pour deux d'entre eux.

En effet, le Fonds CMU ne s'attarde pas sur le détail des calculs de l'IRTS et du LEGOS. Il signale juste pour le premier que le chiffre n'a pas vocation à être représentatif, mais à donner un repère concernant une population particulière ; pour le second, s'il indique les difficultés méthodologiques liées au fait que les taux sont mesurés à partir d'éléments déclaratifs, il rappelle que cela est une limite pour l'ensemble des statistiques construites à partir de l'enquête SPS. Il sous-entend ainsi que les données produites par l'enquête sont tout de même parmi les plus utilisées, en France, pour évaluer les politiques de santé et de protection sociale. Pour ces deux études donc, les taux sont cités mais leurs modalités de calcul sont à peine explicitées. Ceci est différent pour les taux élaborés par l'ODENORE : les concernant, le Fonds déroule les étapes du calcul et revient sur les conventions qui ont progressivement permis de les élaborer. Il s'agit d'entrer dans les coulisses de la quantification pour conforter la validité des taux de non-recours produits à partir des systèmes d'informations de l'Assurance maladie et insister sur la réflexion méthodologique qui les sous-tend. Ce faisant, le Fonds tend à donner une garantie de rigueur. Par la même, l'agence a vocation à mettre en exergue les possibilités offertes par les bases de données administratives pour observer et connaître le non-recours à une échelle infra nationale et ce, pour différentes populations connues par la CPAM ou les autres organismes locaux de Sécurité sociale. Possibilités qu'il souhaite continuer à exploiter pour intégrer régulièrement des taux de non-recours dans ces différentes publications, comme l'exprime Bruno Négroni lors d'une rencontre avec l'ODENORE suite à la remise de l'étude :

« On sait qu'on peut mesurer et aussi que la CNAMTS peut, avec ses données, mesurer ces différentiels de manière territorialisée, CPAM par CPAM et en s'appuyant sur d'autres, comme là sur la CAF. Les chiffres peuvent être mis dans l'analyse ».

Propos de Bruno Négroni lors d'une réunion avec l'ODENORE concernant l'étude sur le non-recours à la CMU-C, novembre 2006.

Dans l'évaluation, le regard est ainsi orienté vers une ressource informationnelle en particulier pour élaborer des taux de non-recours à la complémentaire. Au-delà, à travers l'utilisation globale des taux, on comprend que c'est moins le chiffre comme exactitude arithmétique (Ogien, 2010) que comme catégorie générique de pensée qui fait la preuve et soutient la démonstration relative au non-recours. C'est le lien qu'entretient, de manière générale, le chiffre avec l'objectivité et le fait que la plupart des personnes lui accorde *a priori* des propriétés de vérité qui comptent ici pour emporter une forme de reconnaissance du non-recours à côté d'autres problématiques qui ont déjà accédé à l'agenda. L'objectivité du chiffre, en tant que catégorie générale de pensée, est en outre instrumentalisée pour assurer un usage social à ces taux dans un sens particulier. Ils viennent, nous l'avons dit, soutenir un argumentaire sur les droits à la complémentaire et sur le rapport des ressortissants à la CMU-C. Les taux participent ainsi d'une stratégie visant à induire une transformation dans la manière de gérer les droits sociaux afin de renforcer leur accès et leur effectivité. Raphaëlle Verniolle, qui en 2006 représente la CNAMTS dans le Comité de pilotage de l'étude de l'ODENORE, indique que les taux peuvent d'ailleurs servir à déployer les bases de cette stratégie dans la branche Maladie, en faisant en premier lieu apparaître le non-recours dans les représentations des acteurs qui y travaillent :

« Les taux vont déjà nous aider à faire tomber une idée : celle que peu de personnes n'ont pas la CMU-C ».

Propos de Raphaëlle Verniolle lors d'un Comité de pilotage de l'étude ODENORE, septembre 2006.

1.3 – Les prémices d'une caractérisation des non-recourants à la CMU-C

Les travaux menés en 2006 tendent aussi à caractériser les non-recourants. C'est plus particulièrement le cas de l'étude du LEGOS et de l'ODENORE. En ce qui concerne l'exploitation de SPS, la caractérisation se fait pour les 438 ménages identifiés comme potentiellement éligibles à la CMU-C. Pour l'ODENORE, des questionnaires ont été envoyés à un échantillon d'allocataires du RMI n'ayant pas de droit ouvert à la CMU-C ; l'enquête concerne ainsi 500 personnes affiliées aux régimes 806 et 101 à la CPAM de Grenoble.

1. 31- Un non-recours qui touche davantage les hommes âgés et les personnes isolées

L'analyse des variables démographiques classiques présentées dans SPS, à savoir le sexe et l'âge, met en avant une surreprésentation du non-recours à la CMU-C parmi les ménages dont le « chef » est un homme. Ils représentent environ les deux tiers des ménages sans CMU-C (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006).

De plus, les ménages dont le chef est âgé de 65 ans ou plus ont un taux de non-recours plus élevé que les autres classes d'âges. Au sein de l'étude effectuée par l'ODENORE également, les hommes apparaissent davantage touchés par le décrochage de droit entre RMI et CMU-C. La répartition par tranches d'âge montre, quant à elle, que les hommes âgés de plus de 55 ans, ainsi que ceux ayant entre 25 et 35 ans, constituent les catégories les plus représentées en ce qui concerne le non-recours.

Par la même, il ressort de l'étude de l'ODENORE que les hommes sans CMU-C vivent pour la plupart seuls. D'une manière générale d'ailleurs, les personnes en non-recours à la CMU-C déclarent majoritairement vivre seules (Revil, 2006). Lorsque l'on s'intéresse à la composition des ménages, on constate, parallèlement, que le taux de non-recours à la CMU-C est nettement plus important chez les couples sans enfant que chez les familles monoparentales.

En ce qui concerne la sphère professionnelle, l'exploitation de l'enquête SPS montre que les ménages dont le chef est un ouvrier sont surreprésentés parmi les non-recourants ; ils en constituent ainsi près de la moitié. Le non-recours à la CMU-C est également plus marqué chez les « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ». L'étude de l'ODENORE souligne également que les assurés sans complémentaire (hommes comme femmes) se classent, plus fréquemment, dans la catégorie des ouvriers non qualifiés et qu'ils sont plus souvent inactifs par rapport à ceux qui bénéficient de la CMU-C. Le taux de non-recours est ainsi particulièrement élevé parmi les retraités, ce qui rejoint d'ailleurs les résultats relatifs à l'âge.

Dans les deux enquêtes, les résultats concernant le niveau d'études signalent que les personnes diplômées du supérieur, ainsi que celles qui sont peu ou pas qualifiées, ont moins recours à la CMU-C. Le décrochage de droit entre RMI et CMU-C est ainsi davantage le fait d'hommes ayant suivi un enseignement technique court ou des études supérieures.

En résumé, les études soulignent que les non-recourants se « distinguent » par leurs caractéristiques démographiques -principalement âge et sexe-, par la composition familiale, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle. Les hommes jeunes (entre 25 et 35 ans) et ceux âgés de plus de 55 ans sont davantage concernés. D'une manière générale, le non-recours touche plus les personnes en situation d'isolement familial et social, les personnes ayant au moins un enfant à charge paraissent ainsi moins exposées. L'inactivité professionnelle accroît quant à elle le risque de non-recours.

Ces éléments dressent un premier profil des non-recourants, mais demeurent insuffisants pour envisager des actions ciblées sur telle ou telle population, comme le souligne le Sous directeur Études et informatique de la CAF de Grenoble, qui a été associé au travail mené par l'ODENORE :

« Ça nous donnait une idée de qui était touché. Moi je trouvais qu'on pouvait aller plus loin. Les systèmes d'informations sont performants pour ça, mais il fallait pousser le travail informatique et construire des requêtes pour procéder à un ciblage beaucoup plus fin. Mais c'est vrai que ce n'était pas le but premier de l'étude et on y voyait déjà un peu plus clair. La CPAM a d'ailleurs découvert que le non-recours n'était pas juste un fantasme ».

Entretien avec Hugues Saniel, sous directeur Études et informatique de la CAF de Grenoble, juillet 2008.

Ces éléments de caractérisation amènent, en tout cas, à relativiser l'hypothèse selon laquelle le non-recours à la CMU-C est spécifiquement le fait de personnes jeunes, comme cela a été souligné dans les premières années de mise en œuvre du dispositif. On voit en effet que les personnes plus âgées sont également, et même davantage, concernées par le non-recours. Par la même, c'est la question de l'état de santé des non-recourants qui est posée et, de manière conséquente, celle des besoins de soins. Souvent, il a été dit que le non-recours à la CMU-C, et plus généralement d'ailleurs à la complémentaire maladie, concernait des personnes jeunes et n'ayant pas de besoins de soins. Qu'en est-il dans les études financées en 2006 par le Fonds CMU ?

1.32 - Des situations contrastées concernant l'état de santé et les besoins de soins

L'état de santé des personnes en non-recours à la complémentaire et leurs comportements par rapport aux soins intéressent effectivement les acteurs de la protection maladie ; cependant, dans la mesure où ce sont des questions difficiles à documenter, elles sont souvent écartées et passées sous silence. Beaucoup de travaux portent sur l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C, mais très peu sur les non bénéficiaires. Sur ce point également, le faisceau de présomptions, élaboré par le Fonds CMU, a ouvert des portes et souligné les conséquences du non-recours à la CMU-C sur le recours aux soins et sur l'état de santé des personnes concernées. Au terme de son étude, Brigitte Berrat souligne, quant à elle, que « *le phénomène empêche le recours aux soins préventifs et curatifs et ne favorise pas l'autonomie des personnes qui ont des problèmes de santé récurrents* » (Berrat, 2008).

Dans l'enquête SPS, « *l'état de santé moyen des ménages en non-recours est appréhendé à l'aide de la variable graduée risque vital moyen* » (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006). Il ressort de l'exploitation de cette variable que les ménages en non-recours à la CMU-C sont plus fréquemment situés aux deux extrémités de l'échelle graduée.

Ainsi, la part des ménages dont l'état de santé est très bon est deux fois plus importante chez eux que chez les ménages ayant la CMU-C, atteignant 12% contre 6%. Face à cela, 22% des non-recourants déclarent être en très mauvaise santé, alors qu'ils ne sont que 15% parmi les ménages bénéficiaires de la CMUC. 18% des personnes « *considérées comme comportant un risque grave* » sont en situation de non-recours. Même si une partie des non-recourants apparaît en meilleure santé que les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes en non-recours se déclarent quand même davantage en mauvaise voire en très mauvaise santé. Le fait de ne pas disposer de droits en matière de complémentaire maladie peut alors venir empêcher le recours aux soins.

Ainsi, l'étude de l'IRTS fait ressortir que 43% des personnes détectées en non-recours déclarent avoir un problème de santé important et que 41 % ont renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Dans l'étude de l'ODENORE, ce sont 40% des personnes qui ont répondu avoir besoin de soins mais y avoir renoncé au cours de la dernière année, les renoncements concernant davantage les soins spécialisés, en particulier dentaires. Les personnes avec lesquelles nous avons réalisé des entretiens expliquent craindre de devoir

engager des frais financiers importants. Parmi les personnes qui ont renoncé à des soins, 52% se placent entre 0 et 5 sur l'échelle relative à leur état de santé, ce qui signifie qu'elles se jugent en mauvaise santé voire en très mauvaise santé (Revil, 2006).

« Je vais voir le médecin que quand il faut vraiment. J'aurais besoin de soins dentaires mais je ne peux pas les faire... J'attends que ça aille mieux. On fait comme ça chez moi, on va pas pour un rien chez le médecin ».

Entretien dans le cadre de l'étude de l'ODENORE avec un assuré en non-recours, entre 35 et 45 ans, vivant seul, bénéficiaire du RMI depuis 1998, juillet 2006.

En ce qui concerne l'état de santé, on trouve finalement deux situations opposées : d'une part, le non-recours est effectivement le fait de personnes ayant de forts besoins de soins et qui y renoncent, dans la plupart des cas pour des raisons financières. De l'autre, le phénomène touche des personnes déclarant être en très bon état de santé et ne pas avoir besoin de soins. Ces personnes ne sont néanmoins pas majoritaires. Ainsi dans l'étude de l'ODENORE, seuls 14% des répondants disent être en non-recours à la CMU-C parce qu'ils n'ont pas besoin de soins médicaux, tandis qu'ils sont 9% dans l'étude de l'IRTS.

Selon le directeur du Fonds CMU, ces résultats confirment le fait que le non-recours à la complémentaire gratuite induit du renoncement aux soins et qu'il peut potentiellement aggraver les inégalités en matière de santé, dans la mesure où les personnes concernées déclarent, pour la grande majorité, avoir besoin de soins. Ils contribuent ainsi à problématiser le non-recours au travers de ses conséquences sur l'accès financier aux soins et sur l'état de santé des populations concernées. Les enjeux relatifs à l'effectivité et à l'efficacité de la CMU-C apparaissent d'autant plus cruciaux à l'heure où se déploie le référentiel de la gestion du risque maladie. Au regard de celui-ci, l'Assurance maladie a vocation à prioriser ses actions sur ceux de ses assurés qui se trouvent dans des situations de fragilité en matière de santé :

« Ce que ça nous montrait c'est que les gens sans droit complémentaire ont bien plus de difficultés pour leurs soins. On n'est pas en présence de gens qui n'ont pas besoin d'aller se faire soigner, sauf pour quelques uns ».

Extrait d'une discussion avec Jean-François Chadelat, au Fonds CMU, avril 2008.

Dans l'évaluation de la loi CMU, les résultats relatifs aux conséquences du non-recours sur l'accessibilité financière sont mis en résonance avec ceux présents dans le rapport de Médecins du Monde (MDM) de 2005. L'association a notamment identifié des taux élevés de soins urgents non satisfaits chez les personnes ne disposant pas de complémentaire santé (MDM, 2005). Le Fonds écrit ainsi dans le troisième rapport d'évaluation de la loi CMU que « *ces éléments [ceux provenant des études sur le non-recours et de MDM] confirment le lien entre accès aux droits et accès aux soins : les personnes dont les droits ne sont pas à jour sont systématiquement en plus mauvais état de santé que celles dont l'accès aux soins n'est pas entravé par des problèmes administratifs ou financiers* » (Fonds CMU, 2007). Ils viennent en l'occurrence compléter l'argumentaire du Fonds CMU quant au non-recours en matière de complémentaire, comme le suggère le deuxième axe du rapport d'évaluation rendu au gouvernement en 2007 : « *Accéder à ses droits, pour accéder aux soins* » (Fonds CMU, 2007).

SECTION 2.

UN ENTREMELEMENT DES FACTEURS EXPLICATIFS DU NON-RECOURS : DES RESPONSABILITES PARTAGEES

D'après les indices rassemblés par le Fonds en 2003-2004, le non-recours à la CMU-C reçoit des explications diverses ayant trait à la fois aux comportements des bénéficiaires, à la construction des droits, aux pratiques des professionnels de santé et de l'Assurance maladie. En cela, le phénomène ne diffère pas vraiment des autres phénomènes de non-recours ; les travaux scientifiques réalisés à l'étranger puis en France ont dressé un panorama des principales causes du phénomène et fait cohabiter deux grands systèmes explicatifs : d'un côté les causes dites comportementales, de l'autre les explications qualifiées d'institutionnelles (Math, 1996). Progressivement, c'est bien l'entremêlement des facteurs qui a été souligné et le caractère dynamique de chaque parcours menant au non-recours (Van Oorschott, 1996). Nous l'avons vu en introduction.

Au regard des études réalisées en 2006, le non-recours à la CMU-C ne déroge pas à la règle, même si certaines causes reviennent plus fréquemment que d'autres. Une explication ressort tout particulièrement : celle du manque d'information. Au sein de l'évaluation de la CMU en 2001, les auteurs notaient déjà des difficultés informationnelles, en affirmant toutefois qu'elles étaient amenées à se résoudre à mesure que la connaissance de la CMU-C allait se répandre parmi les acteurs du social, les professionnels de santé et les bénéficiaires potentiels du dispositif. En 2006, la « raison informationnelle » demeure pourtant au cœur de l'explication du non-recours à la complémentaire gratuite. Mais les études montrent aussi que le phénomène ne résulte pas de ce seul facteur : la stigmatisation induite par le caractère ciblé de la CMU-C et les comportements discriminants de certains professionnels de santé et agents de guichet des CPAM contribuent à l'expliquer. Si les explications individuelles existent toujours, certains bénéficiaires préférant disposer d'une autre complémentaire ou expliquant avoir été négligents dans leurs démarches par rapport à l'Assurance maladie, les facteurs institutionnels sont nettement plus présents et participent fortement à comprendre le non-recours.

La responsabilité du phénomène est par conséquent partagée. C'est en ce sens que le Fonds CMU intègre les résultats qualitatifs des études dans l'évaluation de la loi en 2007. S'il

signale l'existence de quelques comportements de désintérêt ou de négligence, ils soulignent la prégnance des obstacles informationnels et administratifs dans l'accès des bénéficiaires à leurs droits. Ces éléments lui permettent d'affiner son argumentaire concernant la nécessité d'améliorer l'accès effectif aux droits et le rôle qui échoue ainsi prioritairement aux organismes de l'Assurance maladie pour remédier aux causes institutionnelles du non-recours à la complémentaire et renforcer son effectivité.

Les études de 2006 affinent et stabilisent la compréhension du non-recours par la réalisation d'enquêtes auprès d'un nombre important de non-recourants et de professionnels concernés par la CMU. Les chercheurs du LEGOS ont, en effet, questionné une dizaine de cadres administratifs et travailleurs sociaux œuvrant au sein de l'Espace insertion du 11^{ème} arrondissement de Paris. Parallèlement, ils ont conduit 9 entretiens avec des non-recourants à la CMU-C. La compréhension du phénomène du côté de l'ODENORE est élaborée à partir de 81 questionnaires et de 15 entretiens téléphoniques auprès de personnes identifiées en non-recours à partir des données de la CPAM et de la CAF de Grenoble, mais aussi en prenant appui sur le travail d'observation participante réalisé pendant plusieurs mois au sein de ces organismes. Enfin, l'étude de l'IRTS dispose d'un échantillon de plus de 500 personnes dont une grande partie a été enquêtée par questionnaires¹²⁷.

2.1 – Ne pas pouvoir accéder à la CMU-C : les obstacles informationnels

Le manque d'information est bien souvent la première raison avancée pour expliquer le non-recours à un droit (Coe, 1983). Antoine Math a souligné la diversité et la complexité de ce facteur (Math, 1996). Sous l'expression « manque d'information » se dissimulent, il est vrai, de nombreuses situations : non connaissance totale, absence partielle d'informations sur un droit, imprécisions sur les modalités d'accès, incompréhension des conditions d'éligibilité... Cette cause, à première vue simpliste, se révèle empiriquement complexe et demande à être analysée de près. Elle s'enchaîne en tout cas dans un rapport entre des individus et des institutions.

¹²⁷ Nous n'avons pas précisément connaissance du nombre de personnes enquêtées par questionnaires. Ce chiffre ne figurant pas dans l'article de Brigitte Berrat et l'accès au rapport complet n'étant plus disponible sur le site du Fonds.

L'environnement informationnel agit ainsi tout au long du processus de recours à un droit et a des conséquences pour franchir les différentes étapes menant à son ouverture. Wim Van Oorschott l'a signalé à travers son modèle dynamique de la perception d'une prestation (Van Oorschott, 1991) (Encadré 17 - schéma ci-dessous). Cependant, son influence peut être précisée par l'analyse empirique. Les problématiques informationnelles se positionnent en effet plus particulièrement à certains moments du recours à un droit.

2.11 - Quand la connaissance minimale est insuffisante pour accéder aux droits

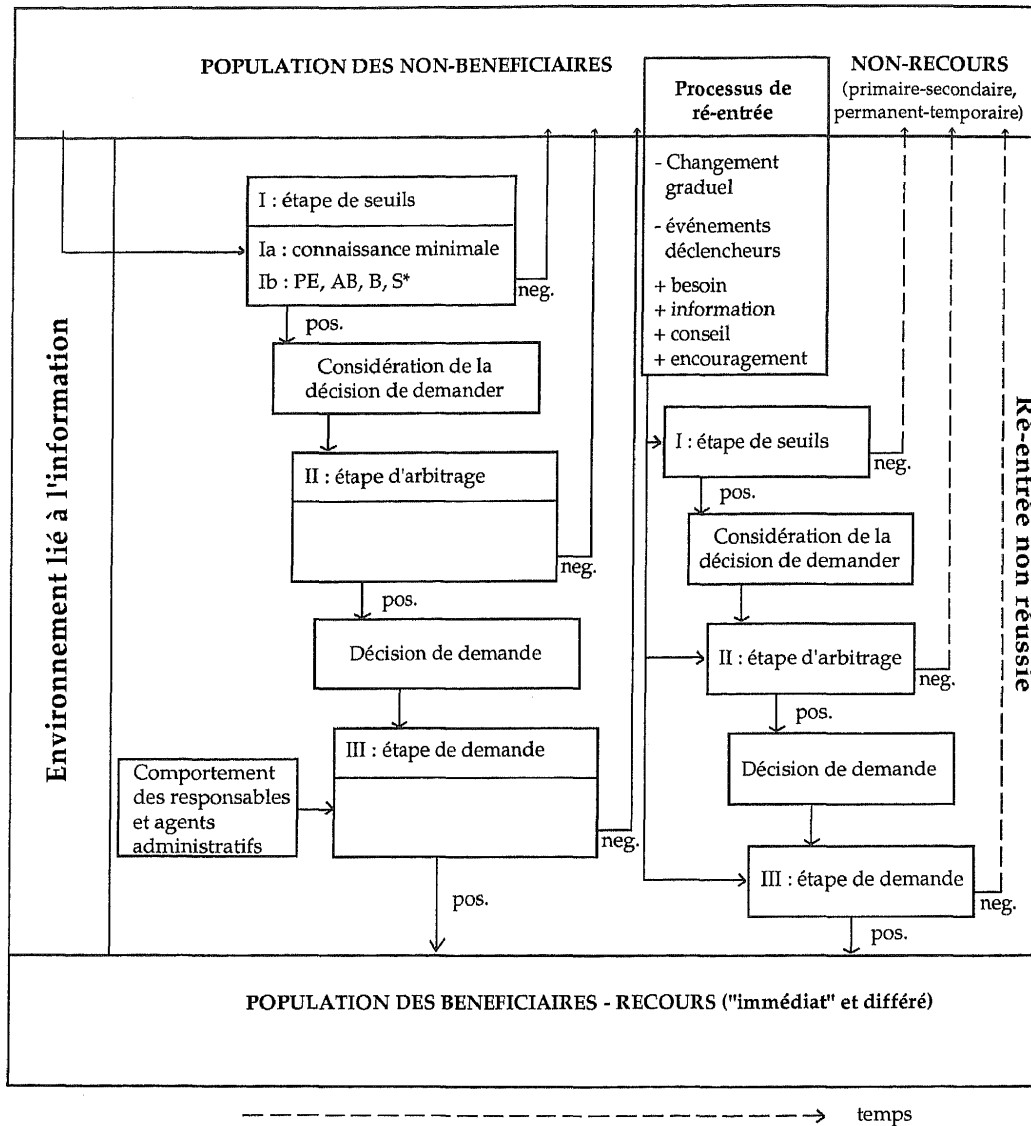
Les trois études soulignent que la non connaissance de la CMU-C est au cœur du non-recours comme en témoigne ce verbatim extrait du rapport du LEGOS : « *je pense que déjà, dans les gens qui bénéficient pas de la CMU, il faut commencer par un truc tout bête, c'est qu'y a des gens qui savent pas...* » (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006). De l'avis des professionnels et des personnes en non-recours, une petite partie seulement des personnes éligibles ne connaît pas du tout la CMU-C. Dans l'ensemble, les grandes lignes de la prestation sont perçues par les bénéficiaires potentiels, mais restent très imprécises ce qui entraîne de multiples confusions.

A. *Un dispositif généralement connu, mais mal connu*

Au sein de l'étude de l'IRTS, plus de 70% des personnes interrogées connaissent le dispositif, tandis que 27% n'ont « *jamais entendu parler de la CMU-C* » (Berrat, 2008). Ils sont 6% dans l'enquête de l'ODENORE à ne disposer d'aucune information. Les personnes qui disent ne pas connaître la CMU-C vivent, pour 77% d'entre elles, seules et entrent dans les catégories d'âge que nous avons citées comme étant les plus touchées par le non-recours¹²⁸. Selon Brigitte Berrat, la méconnaissance totale apparaît plus prégnante pour des publics ayant une moins grande maîtrise de la langue française et du langage administratif.

¹²⁸ Ce résultat est à relativiser dans la mesure où la moitié des personnes disant ne pas avoir connaissance de la CMU-C l'a déjà souscrite par le passé. Nous avons pu vérifier cela puisque nous avons accès à la base de données opérantes de la CPAM et au logiciel Progrès qui permet de liquider les droits.

Schéma 3 - Modèle dynamique de la perception d'une prestation



* PE = perception d'éligibilité.
 AB = absence ou présence de réticence à demander une prestation.
 B = besoin ressenti pour la prestation.
 S = stabilité de la situation.

La « connaissance minimale » des droits est souvent présentée comme la condition centrale au recours ; tous les auteurs ne s'accordent cependant pas sur sa définition. Ainsi, Scott Kerr considère que cette connaissance minimale relève de la combinaison de deux éléments : avoir conscience de l'existence d'une aide sociale et connaître son nom (Kerr, 1982). Joel F. Handler pense quant à lui que la seule connaissance du nom est suffisante (Handler et al., 1969). Dans le cas de CMU-C, on remarque, en interrogeant les personnes en non-recours, que celles-ci connaissent généralement le nom de la prestation, tout en la confondant souvent avec la CMU de Base. La distinction entre les deux volets n'est pas claire, ce qui bien entendu, peut avoir des conséquences sur le fait de demander ou non le bénéfice de la CMU-C. Les personnes ont ainsi conscience de l'existence de la prestation, sans toutefois être en capacité de dire précisément à quoi elle peut servir, comme le traduit cet extrait d'entretien.

« Ben oui la CMU-C'est pour la santé... Après je sais pas trop à quoi ça sert précisément, mais c'est pour se soigner... ».

Entretien dans le cadre de l'étude de l'ODENORE avec un assuré en non-recours, entre 45 et 55 ans, vivant seul, bénéficiaire du RMI depuis 2002, juillet 2006.

Soulignons parallèlement que 30% des répondants à l'enquête de l'ODENORE expliquent qu'ils n'ont pas la CMU-C, parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers de la souscrire. On perçoit, à travers cette réponse, une incompréhension concernant l'un des principes centraux du dispositif : sa gratuité. Dans cette optique, il n'est pas rare que les personnes répondent privilégier d'autres dépenses - au premier rang desquelles le logement et l'alimentation - plutôt que de consacrer une partie de leur budget « *au paiement de la CMU-C* »¹²⁹.

Une connaissance minimale de la CMU-C, mais aussi une compréhension de ses caractéristiques principales, semblent être des conditions indispensables à la demande et à l'engagement dans des démarches, comme pour toute prestation d'ailleurs ; cela ne dispense cependant pas d'une connaissance plus approfondie des modalités concrètes d'accès. Car si les personnes qui méconnaissent totalement le dispositif apparaissent, somme toute, minoritaires, les informations dont disposent celles qui disent connaître le dispositif sont bien souvent lacunaires ou entachées d'incompréhensions. Le manque d'information est ainsi relatif aux caractéristiques du dispositif, mais porte aussi sur le lieu où les bénéficiaires potentiels

¹²⁹Entretien avec un assuré en non-recours, entre 25 et 35 ans, vivant en couple, bénéficiaire du RMI depuis 2004.

doivent se présenter pour engager des démarches ; 14% d'entre eux disent, en effet, ne pas savoir où s'adresser (Revil, 2006). Dans ce cadre, ils ne se lancent pas dans l'ouverture de la CMU-C. A côté de cela, les manques d'information jalonnent les parcours d'accès aux droits de ceux qui connaissent le dispositif *a minima* et qui engagent des démarches pour en bénéficier.

B. Une succession de problèmes d'information

L'étude de l'ODENORE montre que 28% des non-recourants ne sont, par exemple, pas informés du lien entre le RMI et la CMU-C. 32% pensent à l'inverse que, dès lors qu'ils perçoivent le RMI, leur droit est ouvert automatiquement sans qu'ils aient à effectuer de démarches particulières. Il est d'ailleurs important de noter que la majorité des allocataires du RMI que nous avons interrogés est persuadée d'avoir la CMU-C. Sur les questionnaires, beaucoup ont, en outre, ajouté des commentaires et écrit par exemple : « *je pensais avoir la CMU* », « *je suis RMiste, j'ai la CMU* » (Revil, 2006).

Certes les bénéficiaires du RMI ont accès de plein droit à la prestation sans qu'il n'y ait un nouvel examen de leurs ressources par la CPAM ; mais ils doivent, toutefois, en faire la demande et choisir un organisme de gestion pour leur contrat CMU-C. De manière générale, ce choix pose problème aux bénéficiaires potentiels du dispositif (Revil, 2006). D'une part, ils ne comprennent pas toujours la raison pour laquelle ils doivent choisir entre la CPAM et un organisme complémentaire pour assurer la gestion de la CMU-C et, d'autre part, ils butent sur les modalités pratiques de ce choix.

Le remplissage de la partie du formulaire de demande de la CMU-C intitulée « Choix de l'organisme chargé de la couverture complémentaire en matière de santé » est, en lui même, problématique. En effet, pour effectuer leur choix, les personnes doivent prendre connaissance de la liste des Organismes complémentaires (OC) participant au dispositif CMU¹³⁰. La plupart d'entre elles ne sait cependant pas à quoi correspond cette liste, ni où la trouver. En 2006, elle n'est par exemple pas disponible dans les accueils de la CPAM de Grenoble et la responsable du service CMU nous a indiqué que la liste dont elle dispose n'est certainement pas à jour.

¹³⁰ Sur le formulaire, il est inscrit : « j'ai pris connaissance de la liste des organismes (...) ». Il n'y a pas davantage de précisions relatives à l'accessibilité de cette liste.

Le listing actualisé des OC participant au dispositif de la CMU en tant que gestionnaire est, à cette période, essentiellement consultable sur le site du Fonds CMU. Les agents de la CPAM n'ont pas accès à ce site, dans la mesure où ils ne disposent sur leur poste de travail que d'un intranet. En ce qui concerne les non-recourants, les modalités d'accès à cette liste ne sont pas connues, comme l'illustrent plusieurs commentaires inscrits par les personnes sur les formulaires de demande CMU-C joints à notre questionnaire : « *Où est cette liste ?* », « *De quelle liste s'agit-il ?* », « *Jamais vu de liste..* », « *Comment peut-on trouver cette liste ?* ». Pour remplir la suite du document et procéder à un choix concernant un gestionnaire de CMU-C, la consultation de ce listing est indispensable. Comme les bénéficiaires potentiels n'y ont pas accès, beaucoup ne complètent pas la seconde partie du formulaire de demande, pourtant indispensable pour l'ouverture du droit à la CMU-C. En l'absence de ce choix, il est en effet impossible d'instruire le dossier CMU-C qui est retourné au demandeur :

« Souvent on retourne le dossier aux personnes, sans ce choix on ne peut rien faire. Le problème c'est que les personnes ne savent pas ce qu'elles doivent faire et nous renvoient de nouveau le dossier sans avoir coché un organisme gestionnaire. Parfois, il y a plusieurs retours de notre part, ce qui amène des abandons. Ou alors on en vient à cocher pour eux, on fait une gestion CPAM... On ne devrait pas le faire ».

Entretien avec Monique Kassiotis, responsable du service CMU de la CPAM de Grenoble, octobre 2006.

Cet exemple montre le type d'incompréhension qui peut induire du non-recours à la CMU-C. Si parfois les agents transgressent les procédures en remplissant eux-mêmes le formulaire, la plupart respecte scrupuleusement la procédure et renvoie le dossier incomplet au demandeur sans autre forme d'explication, ni ajout dans le courrier de la liste des OC pouvant gérer les contrats CMU C. Les agents soulignent ne pas vouloir prendre l'initiative de « *cocher la case en l'absence d'une consigne claire de la direction (...) et que, pour la liste, ils ne savent pas où la trouver* »¹³¹. Pour beaucoup, le respect des procédures est primordial comme cela a, par ailleurs, été souligné en 2006 par Danièle Linhart (et al.) concernant les services des préfectures (Bertaux-Wiame, Descolonges, Divert, Leduc, Linhart (dir) et Mauchamp, 2006). Dans le cas des préfectures comme dans celui de CPAM, l'acquisition d'un savoir-faire solide pour traiter les dossiers prend du temps et les agents tendent à rester dans les cadres

¹³¹ Discussion avec un agent de liquidation du service CMU de la CPAM de Grenoble, janvier 2007.

institutionnels notamment pour ne pas risquer de faire des erreurs « *car c'est vite fait de se tromper* »¹³². S'ils ne s'éloignent pas de la routine de liquidation ou de traitement des demandes, c'est également pour ne pas risquer d'éventuelles reproches ou sanctions de leurs supérieurs. D'autant que les COG rappellent l'objectif d'homogénéiser les procédures de traitement des dossiers d'une CPAM à l'autre et de réduire toujours davantage les délais de liquidation. Pour la branche Maladie, la routinisation des tâches et la demande de conformité aux procédures sont une forme « *d'économie d'investissement spécifique, compte tenu des impératifs de délais* » (Bertaux-Wiame, Descolonges, Divert, Leduc, Linhart (dir) et Mauchamp, 2006). Compte tenu également de la nécessité d'obtenir la certification qualité pour l'organisme. Lors des audits de certification, l'auditeur observe en priorité la manière dont les agents liquident les dossiers CMU C et ACS et le respect des étapes et des procédures « certifiées »¹³³. Ces impératifs et ces normes surplombantes vident toutefois « *le travail d'une signification appropriable par les agents* » (Bertaux-Wiame, Descolonges, Divert, Leduc, Linhart (dir) et Mauchamp, 2006) qui pourrait en l'occurrence permettre de limiter le non-recours par un contournement discret de certaines règles. Car après plusieurs renvois du dossier par la CPAM, il n'est pas rare que les personnes abandonnent leurs démarches. Au-delà du non-recours par non connaissance, les cas de non réception des droits (Warin, 2010) sont ainsi récurrents, ainsi que le signale la responsable du service CMU. Par conséquent, si les obstacles informationnels constituent un facteur agissant en amont du recours à un droit, ils se positionnent également tout au long du processus de demande et plus particulièrement lorsque les individus doivent effectuer un choix entre plusieurs options.

Ce point est intéressant dans la mesure où les droits actuellement proposés ont tendance à n'être qu'en partie prédéfinis par le législateur afin de donner un rôle actif au demandeur dans l'obtention de la prestation (Revil, 2010). La marge de manœuvre, loin d'être perçue par les bénéficiaires potentiels comme une opportunité pour prendre une part plus active dans la démarche de recours, devient souvent un obstacle empêchant l'ouverture du droit. L'absence d'une information suffisante sur les alternatives proposées est handicapante et renvoie nécessairement aux capacités différenciées des bénéficiaires potentiels à s'informer sur l'offre publique, mais aussi aux modes de diffusion de l'information mis en place par les organismes.

¹³² Discussion avec un agent de liquidation, service CMU de la CPAM de Grenoble, février 2007.

¹³³ Lors du travail d'observation participante dans le service CMU, nous avons pu suivre des audits de certification.

Les différences d'attitudes entre les personnes éligibles à un droit ont été soulignées dans les travaux sur le non-recours. John Graham évoque ainsi des comportements passifs dans la recherche et l'utilisation de l'information (Graham, 1984), indiquant que la plupart des personnes se sert d'une quantité très réduite d'informations durant l'ensemble du processus de demande. Selon lui, si les personnes n'adoptent pas un comportement actif de recherche d'information, la demande de la prestation peut être reportée dans le temps ou ne jamais être enclenchée (Graham, 1984).

« Ce n'est pas toujours facile de trouver l'information, on se décourage, on se dit qu'on appellera demain. Il faut se bouger et ça on peut pas toujours ».

Entretien avec une assurée en non-recours, entre 35 et 45 ans, vivant seule, bénéficiaire du RMI depuis 2005.

La recherche mais également la compréhension de l'information pour accéder concrètement à des droits complexes induisent des coûts, auxquels tous les bénéficiaires potentiels ne font, en effet, pas face de la même façon (Reinstadler, 1999). Qu'ils soient temporels, matériels, psychologiques, l'influence des coûts d'accès à l'information ne peut être niée. Temps passé à attendre son tour dans un organisme gestionnaire, à joindre un interlocuteur, à comprendre ou à rédiger un courrier administratif, mais aussi temps et coûts de déplacement, autant d'éléments dont il convient de tenir compte (Coe, 1983 ; Propper, 1995). Des travaux ont montré que ces coûts sont, eux mêmes, liés à d'autres facteurs tel que le niveau d'études, le réseau social ou le fait de disposer d'un véhicule personnel (Blundell et al. 1988 ; Coe, 1983).

Le facteur informationnel ne « fonctionne » ainsi pas seul, il entre en résonance avec les comportements et les ressources individuelles, mais également avec l'organisation du travail au sein des organismes administratifs. Ceux-ci font plus ou moins d'efforts pour informer les populations cibles de leurs droits, notamment en lançant régulièrement des campagnes publicitaires ou en mobilisant les travailleurs sociaux (Graham, 1984). Concernant le non-recours à la CMU-C, les obstacles informationnels se situent à différents niveaux : méconnaissance du dispositif en lui-même, mauvaise compréhension des règles d'attribution et de sa propre éligibilité, déficit d'information concernant les lieux où s'adresser pour faire une demande. D'une manière générale, c'est finalement la complexité administrative qui apparaît en filigrane derrière le facteur informationnel. La « juridicisation » à outrance des

procédures d'accès et des dispositifs, la multiplicité des acteurs entraînent de la complexité largement source de non-recours (Chevallier, 1986).

2.12 - Problèmes informationnels et complexité administrative

Cette complexité est signalée par 11% des personnes répondant à l'enquête de l'ODENORE. Elle pèse sur l'appréhension de l'éligibilité potentielle, sur l'engagement dans les démarches administratives et leur poursuite jusqu'à l'ouverture du droit. Cela ne semble d'ailleurs pas être spécifique à la CMU-C. 40% des personnes interrogées par B. Berrat disent ainsi ignorer si elles bénéficient bien de tous les droits auxquels elles peuvent prétendre. On trouve ici un écho aux analyses de l'ONPES selon lesquelles seulement 40 % des personnes démunies ont le sentiment de bénéficier de toutes les aides auxquelles elles peuvent prétendre (ONPES, 2000).

Les chercheurs du LEGOS notent d'ailleurs que l'absence de CMU-C, si elle concerne les allocataires du RMI, est aussi fréquemment liée à l'absence de RMI. Cela peut suggérer une faible intégration dans les circuits administratifs et un possible cumul de non-recours. On est alors en présence de personnes ayant de moindres contacts avec les administrations et ressentant, encore plus fortement, la complexité des démarches à effectuer pour obtenir leurs droits. Il ressort parallèlement de l'étude de l'ODENORE que 74% des individus déclarent avoir du mal à se repérer en ce qui concerne les procédures administratives et les formalités pour constituer un dossier. Ils ressentent une crainte à l'idée de franchir le cap de la demande d'un droit et ne se sentent pas nécessairement capable de l'exprimer précisément.

Pour 42% des personnes enquêtées dans le cadre de l'étude de l'IRTS, il existe une crainte de ne pas être compris lors de la formulation d'une demande auprès de l'administration. L'anticipation de l'interaction et la perspective d'être confrontés à la complexité font que 35% des répondants avouent avoir des difficultés à aller au guichet pour exprimer leur demande. La moindre maîtrise des procédures et des codes administratifs attise cette crainte. Concernant la CMU-C, la difficulté à exprimer sa demande s'encastre dans une impression plus générale d'incompréhension par rapport aux droits maladie.

« Moi dans toute cette paperasse, je m'y retrouve plus ! Et je ne comprends pas bien comment ça fonctionne la CPAM, je pensais que j'avais des droits et en fait non ».

Entretien avec un assuré en non-recours, entre 25 et 35 ans, vivant chez ses parents, bénéficiaire du RMI depuis 2003.

La compréhension de ce que représente la CMU est ainsi liée à la connaissance plus générale du système de protection sociale et des relations de guichet, à ce que Caroline Després, anthropologue, nomme la connaissance « expérientielle » (Després, 2008). L'étude de l'IRTS souligne l'importance du rapport que les bénéficiaires entretiennent avec les organismes sociaux et rappelle toute l'importance des expériences de guichet pour déconstruire la complexité des procédures administratives. Si les interactions avec les agents administratifs peuvent aider les demandeurs, à l'inverse elles peuvent aussi entraîner du non-recours (Berrat, 2008). 37% des non-recourants hébergés en résidences sociales disent avoir déjà mal compris les réponses faites par les agents administratifs, lors de précédentes demandes de droits ou de renseignements. 22% avouent même avoir abandonné des démarches suite à des incompréhensions de ce genre.

La sédimentation de dispositifs et la complexification des mécanismes de protection maladie, dues notamment à une volonté de fournir un accès théorique à chacun, a ainsi des conséquences paradoxales. De plus, la construction bureaucratique en France a amené un fort degré de rigidité des organismes administratifs et une relation avec les ressortissants de type « distanciation autorité ». A la complexité des règles, s'ajoute le fait que *« l'administration bureaucratique a creusé entre elle et le public un éloignement suffisant pour interdire toute immixtion dans son fonctionnement interne : dépourvus de prise sur les processus administratifs les administrés sont contraints de s'en remettre à la sagesse administrative (...). En passant par le canal du droit, l'organisation administrative conforte la mise à distance et la relation autoritaire avec le public, le moyen le plus efficace pour tenir les administrés à distance étant bien pour l'organisation administrative de s'entourer de silence et de mystère »* (Chevallier, 1986).

Les incompréhensions, et la demande d'information qui en résulte, ne sont finalement qu'une conséquence logique de la complexité administrative et du rapport qui s'est institué, au fil des décennies, entre l'administration et son public d'administrés. Bien que la modernisation administrative revendique une action plaçant davantage en son cœur l'utilisateur (Weller, 1999),

la relation n'a pas fondamentalement évolué dans les CPAM, comme le traduisent les explications apportées au non-recours à la CMU-C par les personnes concernées. Pourtant, les organismes sociaux tendent par exemple à diversifier les modes de contact avec leurs ressortissants afin d'améliorer l'information dont ceux-ci disposent et de construire une véritable relation clients pensée comme un levier pour lutter contre la complexité.

Concernant la branche Maladie, la diversification des moyens d'information est un axe de la politique visant à structurer cette relation « clients », comme le signalent les dernières générations de COG. Il reste que le mode de communication principal demeure encore le courrier, mode qui, bien souvent, est source de problèmes informationnels. Car, loin de soulager les publics du poids de la complexité administrative, ils participent directement de cette complexité. 51 % des répondants à l'enquête de l'ODENORE déclarent ainsi ne pas toujours comprendre les courriers envoyés par leur Caisse primaire et les trouver compliqués.

2.13 - Travailleurs sociaux et « bouche à oreille », des vecteurs d'information privilégiés

Dans ce contexte, il est intéressant de déterminer les vecteurs par lesquels les personnes reçoivent de l'information sur les offres publiques et ceux qui leur paraissent pouvoir améliorer l'accès aux droits. Les trois études pilotées par le Fonds CMU apportent des données sur ce point. Il ressort ainsi du travail de l'ODENORE que 44% des assurés qui connaissent l'existence de la CMU-C et la possibilité d'en bénéficier en tant qu'allocataire du RMI ont été informés par leur référent social. C'est-à-dire par le travailleur social qui les suit dans le cadre du dispositif RMI. 14% ont été informés lors des informations collectives organisées par les Commissions Locales d'Insertion (CLI), destinées aux nouveaux allocataires du RMI, 14% ont reçu l'information de la CAF et 9% ont été informés par un agent de la CPAM. 2% seulement ont eu l'information par l'intermédiaire d'un support écrit (courrier, guide, affiche chez le médecin...) (Revil, 2006).

Le courrier n'arrive pas, comme on peut le remarquer, parmi les principaux vecteurs d'information. Loin de là. En revanche, le contact direct que ce soit avec un agent de la CAF ou de la CPAM, mais aussi dans le cadre de réunions collectives d'information, est en bonne position. En outre, le travailleur social apparaît comme un maillon indispensable dans l'ouverture des droits. Les acteurs rencontrés en entretiens par les chercheurs du LEGOS

rappellent effectivement que l'information relative à la CMU-C, diffusée par les professionnels du social au moment de l'instruction du RMI, joue un rôle clé sur le recours ultérieur à la prestation. Cependant, si la diffusion d'information est centrale, les attitudes à cet égard divergent d'un professionnel à l'autre. Elles oscillent entre responsabilisation des allocataires et accompagnement dans les démarches (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006). Certaines assistantes sociales vérifient que les individus bénéficient effectivement de la CMU-C et les aident, si elles en ont le temps, dans la réalisation de l'ouverture du droit. D'autres présentent le dispositif mais ne participent pas à l'élaboration des dossiers. Par ailleurs, les personnes rencontrées en entretiens, que ce soit par les chercheurs du LEGOS ou de l'ODENORE, soulignent que les rencontres avec les travailleurs sociaux sont souvent très rapides et que de nombreux problèmes, autres que celui de la complémentaire, doivent être abordés.

Un autre vecteur d'information retient l'attention : celui du « bouche à oreille », lorsqu'une personne éligible est informé par un ami, une connaissance ou un membre de sa famille. Brigitte Berrat souligne que les non-recourants qui connaissent la CMU-C ont été informés pour 41% de manière informelle. Le bouche à oreille s'impose ainsi comme l'un des principaux vecteurs d'information sur les droits sociaux. « *Les réseaux de connaissance avec lesquels on partage des informations permettent notamment de comparer les situations afin de tenter de déconstruire la complexité des droits* » (Desprès, 2008). Le revers est que les informations dont disposent les personnes sur la CMU-C peuvent être superficielles voire inexactes, comme nous avons eu l'occasion de l'évoquer. Une allocataire du RMI nous le dit : « *chacun a entendu dire des choses sur la CMU, mais personne ne sait ce qui est juste ou pas. Mais quand on n'a pas le choix, on écoute les infos qu'on nous donne* »¹³⁴.

La raison informationnelle est donc la première citée par les personnes en non-recours à la CMU-C. Les travaux qualitatifs menés par chacune des équipes de recherche permettent, en outre, de clarifier son rôle : ainsi, peut-on pointer des moments où l'information paraît particulièrement importante. Par exemple, lorsque les personnes doivent faire des choix pour engager une demande ou continuer le processus d'ouverture d'un droit. Dans ce cas, disposer de suffisamment d'information est essentiel afin de déterminer son éligibilité et de mener à bien l'ensemble des démarches pour bénéficier d'un droit. Sinon le sentiment de ne pas

¹³⁴ Entretien avec une assurée en non-recours, entre 25 et 35 ans, vivant chez ses parents, bénéficiaire du RMI depuis 2005.

pouvoir choisir en toute connaissance de cause et de ne pas avoir la possibilité de comprendre l'organisation administrative apparaît.

Dans ce contexte, les rencontres avec des professionnels du social, les interactions avec les agents d'accueil constituent des sources d'information nécessaires sur les droits. Les obstacles informationnels demeurent, malgré cela, bel et bien présents dans un environnement de complexité administrative ressenti comme pesant par les demandeurs potentiels, mais aussi par les professionnels du social et les agents de la CPAM. Ces derniers reconnaissent avoir des difficultés à disposer d'une connaissance actualisée sur les droits et être, en permanence, à la recherche d'informations pouvant les aider à « *faire cadrer les situations individuelles avec la réglementation, dans tout ce qu'elle a de compliqué* »¹³⁵.

Le rôle joué par les professionnels du social demeure, en tout cas, central pour favoriser l'émergence d'une véritable relation de services et améliorer l'accès aux droits. Cependant, leurs marges de manœuvre entraînent parfois, à l'inverse, un sentiment d'arbitraire ressenti par certains usagers (Berrat, 2008). Le caractère discrétionnaire des décisions prises peut alors être pensé comme discriminant et induire des comportements de non-recours. Si certains bénéficiaires potentiels n'accèdent pas à la CMU-C à cause de problématiques informationnelles, d'autres ne veulent pas ou plus la demander. Comme tout dispositif ciblé, la prestation induit des effets de désignation ressentis comme stigmatisants par les bénéficiaires potentiels. D'autant plus lorsque les comportements des agents des CPAM ou des professionnels de santé participent à renforcer ce processus. Le non-recours reçoit ainsi d'autres explications que la raison informationnelle comme nous allons le voir.

2.2 – Ne pas, ou ne plus, vouloir demander la CMU-C

Dans les premiers travaux sur le non-recours à la CMU-C, à côté de la non connaissance, l'une des explications apportées pour expliquer le phénomène est l'absence de besoins de soins. Nous en avons parlé. Demander un droit nécessite, il est vrai, de le rattacher à un usage ; dans ce cadre, la demande de CMU-C apparaît, pour certains, liée à la présence d'un besoin ressenti. En son absence, les bénéficiaires potentiels ne font pas ou tardent à engager leurs démarches, alors même que l'anticipation permettrait souvent d'ouvrir des droits dans de

¹³⁵ Discussion avec la responsable CMU de la CPAM de Grenoble, avril 2007.

meilleures conditions. La responsable du service CMU de la CPAM de Grenoble constate, en effet, que le recours à la CMU-C se fait parfois de manière tardive, quand des soins sont en passe d'être engagés. Selon elle, cette forme de recours tardif pose problème à la CPAM : les dossiers sont plus difficiles à gérer et la mise en place du droit doit se faire dans des délais très réduits. Mais pour une partie des bénéficiaires potentiels que nous avons questionnée, la demande de CMU-C n'apparaît pas légitime s'il n'y a pas besoin de soins pour soi ou pour un membre de sa famille. C'est son apparition qui justifie l'ouverture du droit et participe à déconnecter le processus de disqualification sociale relatif à la demande d'une aide assistancielle (Desprès, 2008).

L'absence de besoins de soins est bien une explication du non-recours, qui nécessite cependant d'être mise en relation avec d'autres causes, telle notamment la stigmatisation induite par les représentations attachées au droit CMU. Par la même, la lassitude, le découragement exacerbés par la complexité administrative font que certains renoncent à demander leurs droits ou deviennent négligents en l'absence de problématiques de santé. Dans ces différents cas, le point commun est que les bénéficiaires ne veulent pas ou plus se porter demandeurs. Dans cette optique, ils choisissent de « *prendre leur distance avec cette aide* » et de « *toucher du bois pour ne pas être malades* », comme cela a été dit à de nombreuses reprises aux enquêteurs du LEGOS (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006). Le non-recours s'apparente alors au type par non demande décrit par l'ODENORE (Warin, 2010).

2.21 – Une frontière parfois étroite entre lassitude et négligence

L'étude de l'IRTS souligne que 13% des enquêtés expliquent que, bien qu'ils connaissent la CMU-C, ils ne veulent pas en faire la demande. Sans pour autant avoir de raison précise pour expliquer cette décision. 30% ressentent une incapacité à faire des projets et 9% ont un sentiment de tristesse. S'ajoute à cela le sentiment diffus que les décisions relatives à l'octroi des droits n'obéissent pas toujours à une logique rationnelle et sont parfois injustes au regard des besoins ressentis. Les difficultés rencontrées au guichet, couplées à des parcours de vie chaotiques induisent des phénomènes de repli par rapport à l'offre de protection sociale. Le sentiment de complexité dans les démarches attise le découragement de certains bénéficiaires potentiels et amoindrit la motivation à se porter demandeur, amenant certains à être négligents quant à leur situation administrative.

A. *Quand le découragement entraîne le non-recours*

Il n'est ainsi pas rare que le non-recours s'explique par une forme de lassitude des personnes à aller chercher leurs droits, à demander le bénéfice d'une prestation alors qu'elles ne sont pas convaincues d'être entendues et reconnues comme demandeur légitime. Au sein de l'échantillon de Brigitte Berrat, 34 % des personnes interrogées déclarent ainsi « *avoir déjà renoncé à certains droits* » et 32% « *avoir déjà renoncé aux démarches pour faire valoir leurs droits* » (Berrat, 2008). Les motifs expliquant précisément ces comportements sont divers, mais témoignent d'un découragement après des tentatives qui n'ont pas toujours portées leurs fruits. Cela engendre une forme d'appréhension, une épreuve (Siblot, 2006), d'autant plus complexe que les personnes se trouvent dans une situation de « *santé morale* » altérée comme le suggère B. Berrat.

Pourtant si l'on en revient à la CMU-C, les démarches à mettre en œuvre, par exemple par un bénéficiaire du RMI, pour obtenir ce droit sont peu nombreuses. Beaucoup présagent cependant par avance que les formalités vont être trop compliquées. Le repli est accentué par le fait que cette demande s'ajoute à d'autres. On perçoit à travers certains propos une réelle lassitude à répéter des demandes. L'étude de l'IRTS montre ainsi que le fait de bénéficier déjà d'une autre prestation, comme par exemple le RMI, renforce pour 11% des personnes enquêtées la volonté de ne pas recourir à la CMU-C. L'éventualité de bénéficier de plusieurs aides sociales apparaît, semble-t-il, comme le symbole d'une situation sociale « *vraiment difficile dans tous les domaines* », comme « *très dégradant par rapport au regard des autres* » mais aussi comme « *trop de démarches qui s'ajoutent les unes aux autres* » (Berrat, 2008).

B. *Une forme de négligence : reporter ces démarches dans le temps*

Dans cette perspective, il n'est pas rare que les personnes « *repoussent les démarches au lendemain* » ou « *qu'elles n'y aillent plus* »¹³⁶. Ces comportements ne sont d'ailleurs pas spécifiques à la complémentaire maladie et peuvent expliquer les phénomènes de non-recours à une offre publique, quelle qu'elle soit. Nous l'avons dit, une forme d'angoisse de ne pas savoir à qui s'adresser pour souscrire à un droit, de ne pas arriver à formuler une demande claire et compréhensible est présente. Elle peut passer pour de la négligence et donner

¹³⁶ Extrait de discussions avec des agents d'accueil du service CMU de la CPAM de Grenoble, février 2007.

l'impression que « *les personnes ne sont guère motivées* »¹³⁷ pour obtenir leur droits. En témoigne ce commentaire fait par un agent de guichet de la CPAM de Grenoble avec lequel nous discutons de l'accès à la CMU-C : « *les gens nous disent qu'ils sont dans des situations difficiles mais ce n'est pas pour ça qu'ils demandent leurs droits. On en voit certains qui ont attendu des mois avant de venir, s'ils ont vraiment besoin, ils viennent. A moins que ce ne soit trop d'efforts !* »¹³⁸.

Quelques individus reconnaissent en effet une forme de négligence vis-à-vis des droits. Dans les questionnaires de l'ODENORE, 4% des répondants expliquent qu'ils ne bénéficient pas de la CMU-C par négligence de leur part. Et lors des entretiens, plusieurs assurés ont reconnu ne pas avoir de complémentaire parce qu'ils n'ont pas envie de faire les démarches nécessaires. « *Je repousse toujours au lendemain car pour moi, toutes ces formalités sont plus une corvée qu'autre chose* »¹³⁹.

D'autres négligent ces démarches administratives car ils ne voient pas forcément l'intérêt à souscrire une complémentaire. Il semble que ce type de comportements soit plus fréquent concernant des droits dont on ne sait pas vraiment en quoi ils consistent, ni ce qu'ils peuvent apporter. Ce qui est, nous l'avons dit, assez fréquemment le cas concernant la CMU-C. Alors que pour le RMI, les personnes perçoivent le contenu du droit et comprennent qu'il peut leur apporter une ressource financière, pour la CMU-C les choses se compliquent. Ceci est en lien avec le fait qu'un grand nombre de personnes enquêtées reconnaît ne pas savoir précisément ce qu'est une complémentaire, ni comprendre l'utilité d'en souscrire une. La question de l'usage et du bénéfice attendu des droits est ici essentielle. La perception de ces paramètres est importante afin de déterminer l'utilité que l'on peut avoir à engager des démarches jugées *a priori* « *longues et preneuses en temps* »¹⁴⁰.

Pour d'autres non-recourants et notamment les plus jeunes, le RMI est souvent pensé comme un passage avant l'entrée dans le monde du travail. Pour cette raison, ils ne souscrivent pas la CMU-C. Ils veulent sortir au plus vite du dispositif et négligent les démarches nécessaires à l'ouverture de la plupart des droits connexes. Pour eux, c'est une « *situation d'attente* », « *le*

¹³⁷ Extrait de discussions avec des agents d'accueil du service CMU de la CPAM de Grenoble, février 2007.

¹³⁸ Extrait de discussions avec des agents d'accueil du service CMU de la CPAM de Grenoble, février 2007.

¹³⁹ Entretien avec un assuré en non-recours, entre 35 et 45 ans, vivant en couple, bénéficiaire du RMI depuis 2001.

¹⁴⁰ Entretien avec une assurée en non-recours, entre 55 et 65 ans, vivant en couple, bénéficiaire du RMI depuis 2003.

fait d'être dans un entre deux »¹⁴¹ qui justifie le non-recours. Espérant que leur situation précaire n'est que passagère, ils estiment que cela « *ne vaut pas le coup d'effectuer les démarches* ». 14% préfèrent ainsi attendre de retrouver un emploi pour prendre une complémentaire (Berrat, 2008).

Les parcours individuels souvent marqués par des ruptures, des « dégringolades », des échecs entraînent *in fine* une perte de motivation, de la négligence et une incapacité à aller vers les autres, ne serait-ce que pour mettre en route des démarches auprès des administrations. La conséquence peut être un repli sur soi-même, un comportement d'évitement. Ceci semble d'autant plus vrai lorsque le droit est perçu comme stigmatisant et potentiellement disqualifiant. En proposant des prestations ou des services à des cibles particulières, le travail administratif accorde, il est vrai, une place particulière aux personnes qui entrent dans cette cible. Il leur accole de ce fait une identité, un statut qui fait que cette « *nomenclature administrative peut devenir une catégorie de jugement* » comme c'est notamment le cas avec le RMI et avec la CMU-C (Després, 2008).

2.22 - Non-recours à la CMU-C et stigmatisation

Les travaux sur le non-recours montrent que la demande d'un droit entraîne parfois des coûts psychologiques, auxquelles les personnes peuvent être sensibles. Ceci est particulièrement vrai s'agissant de la demande de prestations ciblées sous conditions de ressources (Warin, 2011). Ces prestations sont considérées par les bénéficiaires potentiels comme plus stigmatisantes (Handler et al., 1969) que les droits sans condition de ressources. Ces derniers sont pensés comme davantage légitimes et sont donc moins susceptibles d'induire l'apparition de stigmates (Millar et al., 1984). Comme le souligne une étude de l'OCDE (Hernanz et al., 2004), « *la stigmatisation générée par le versement d'une allocation publique peut être d'un degré variable, certaines prestations étant moins stigmatisantes, car moins marquées d'une coloration assistancielle, que d'autres* »¹⁴².

Ce degré de stigmatisation dépend, en particulier, de la façon dont le bénéficiaire potentiel et surtout le reste de la société se représentent le rôle de la prestation. Il découle ainsi du processus de désignation qui est concomitant au ciblage de la protection sociale. En effet, en

¹⁴¹ Discussion avec la responsable CMU, janvier 2007.

¹⁴² Traduit par J. Rampon pour l'intégration dans cette thèse.

désignant, les pouvoirs publics rendent visibles certaines populations plus que d'autres et jettent les bases de la construction d'une image particulière du public concerné par le ciblage.

S'agissant de la CMU, des représentations ont très tôt été associées à la prestation, attribuant à ses bénéficiaires une situation de précarité voire de grande précarité. Alors que les situations des personnes sont nettement plus hétérogènes que cela, le regard commun rattache le « CMUiste » à la grande précarité. Nous avons, dans le précédent chapitre, souligné le fait que des professionnels de santé ont également décrit les bénéficiaires de la CMU-C comme ayant des comportements spécifiques, se permettant, par exemple, plus que les autres de ne pas venir à leur rendez-vous ou d'être en retard (IGAS, 2001). Voici ce qu'exprime une mère de famille par rapport à la CMU-C et au fait de ne pas l'avoir demandée :

« Je ne veux pas que les gens pensent que je suis pauvre ou que j'abuse, en demandant la CMU on aurait pensé ça. Alors que ça va, je m'en sors quand même ».

Entretien avec une assurée en non-recours, entre 35 et 45 ans, vivant seule avec 2 enfants, bénéficiaire du RMI depuis 2004.

Pour Burton Weisbrod, économiste américain, les stigmates sont les coûts psychologiques pour un demandeur liés au fait d'être identifié comme pauvre du fait d'être potentiellement bénéficiaire des aides sociales (Weisbrod, 1970). Il explique que les individus potentiellement éligibles à des droits ciblés, en entrant dans les catégories dessinées par l'action publique, ressentent un sentiment d'échec, d'infériorité ou de dépendance. D'où une volonté de rester en dehors de ces catégories et des représentations qui leur sont associées (Moffit, 1983). Dans l'étude de l'IRTS, 9% des répondants disent être gênés par le fait de bénéficier d'un droit spécifique pour des personnes en difficultés, tandis que 17% ressentent un malaise à devoir rencontrer une assistance sociale.

« C'est dur d'être toujours celui qui demande, déjà que les gens nous regardent de travers quand on est au RMI. C'est une demande, plus une autre et encore une. A chaque fois, il faut passer par des guichets ou par une assistante sociale. Quand ça se passe bien ça va, mais des fois on sent vraiment qu'on demande trop, on se sent mal d'aller voir les assistantes sociales ».

Entretien avec un assuré en non-recours, entre 45 et 55 ans, vivant en couple, bénéficiaire du RMI depuis 2001.

A. Non-recours et refus de soins

Dans le cas de la CMU-C, le sentiment de stigmatisation apparaît avant même de demander les droits, au moment de la demande à la Caisse primaire ou à travers la relation avec le monde médical. Lors du travail conduit par le Fonds CMU pour rassembler un faisceau de présomptions, la question des refus de soins effectués par certains professionnels de santé a été mise en exergue.

Les trois études menées en 2006 confirment la réalité des refus de soins, mais également qu'ils ont des conséquences sur le recours aux droits. L'ODENORE indique ainsi que 7% des personnes interrogées n'ont pas demandé -ou re-demandé- la CMU-C à cause de refus de soins. Outre le renoncement aux soins, le fait d'avoir été victimes de tels comportements amène certains à préférer régler le ticket modérateur ou à payer une autre complémentaire, même en se contraignant fortement financièrement. Nous avons ainsi évoqué qu'une partie non négligeable de bénéficiaires potentiels de la CMU-C dispose en fait d'une autre protection. Les entretiens nous ont appris que, pour certains assurés, la CMU-C est jugée de moins bonne qualité qu'une complémentaire privée. Pour d'autres, conserver un ancien contrat est une manière de s'extraire d'une population dans le besoin demandant une aide de la collectivité. Certains individus n'acceptent ainsi de bénéficier de la CMU-C qu'en dernier recours, une fois qu'ils ont « mangé [leurs] économies » (Dufour-Kippelen, Legal, Wittwer, 2006).

Le fait que les bénéficiaires de la prestation doivent présenter une attestation de la CPAM aux professionnels de santé, afin de justifier de leur droit CMU-C, est souvent mal vécu. « *Le RMI, c'est du fric, ça passe encore. Mais la CMU-C, c'est une carte, ça fait désordre.. Quand on arrive à la pharmacie, ça se voit* » estime une instructrice du RMI interrogée par les chercheurs du LEGOS. Ce document délivré par la CPAM, tout comme le fait de se présenter comme bénéficiaire de la CMU-C lors d'une prise de rendez-vous, « *officialise le statut de CMUiste* » selon la responsable CMU de la caisse de Grenoble et matérialise les problématiques financières aux yeux du corps médical. Ce dernier point gêne 15 % des enquêtés de l'IRTS (Berrat, 2008).

B. Comportements des agents des CPAM et abandon des démarches

Pour d'autres personnes potentiellement éligibles, la stigmatisation n'est pas en lien avec les comportements des professionnels de santé, mais davantage avec ceux des agents de la CPAM. Elle peut ainsi être induite ou renforcée par la « culture du soupçon » qui s'est progressivement déployée au sein des caisses, et au-delà. Très tôt, la littérature américaine sur le *Welfare stigma* souligne cette forme de suspicion dans la représentation de la pauvreté (Austin et Horan, 1974 ; Gilens, 1999) et l'existence d'un soupçon par rapport à ceux, en capacité de travailler, qui ont besoin d'être aidés par la collectivité (Taylor-Gooby, 1976).

La légitimité de la CMU-C, dès sa mise en place, a été questionnée, en particulier par les agents de l'Assurance maladie davantage habitués à la gestion de droits assurantiels connectés au monde du travail (Leduc, 2008). La CMU-C, bien que symbole de l'universalisation de l'accès à l'Assurance maladie, n'en reste pas moins un dispositif ciblé sous conditions de ressources (Volovitch, 2003). La prestation ne dépend pas de cotisations préalables et relève bien d'une logique de solidarité, puisqu'une partie de son financement a été, pendant plusieurs années, assurée par une dotation de l'Etat. En ce sens, la CMU-C est une prestation d'assistance, déconnectée du travail et du statut d'ayant droit et relevant de la logique du besoin. Un malaise existe d'ailleurs pour 16% des personnes questionnées par Brigitte Berrat, s'agissant du fait de bénéficier de soins gratuits, alors que d'autres cotisent pour obtenir leurs remboursements en la matière.

Dans sa thèse intitulée *Les ressentiments de la société au travail. La Couverture maladie universelle en quête de légitimité*, Sacha Leduc explique dans quelle mesure une logique de ressentiment s'est installée au sein des CPAM par rapport à la CMU-C, poussant nombre d'agents à discriminer des bénéficiaires potentiels et à différencier les demandeurs légitimes de ceux qui ne le seraient pas. En témoigne cet extrait d'un article de Sacha Leduc, rapportant les propos d'une technicienne de CPAM : « *Les gens qui ont le plus besoin, ils demandent pas, parce qu'ils se disent... Ils ont un peu de pudeur, ils n'osent pas, ils ne disent rien* » (Leduc, 2008).

Dans ce contexte et selon le sociologue, les pratiques de contrôle informel, lors des demandes de droits CMU, se multiplient. D'autant plus que la lutte contre les fraudes s'est, généralement, accrue au sein de l'Assurance maladie, jusqu'à devenir l'une des priorités de la gestion du

risque, nous l'avons dit. Les pratiques des agents peuvent restreindre l'accès aux droits des demandeurs de la CMU-C. Pour certains en effet, la perception d'un contrôle social ou d'une intrusion dans la vie privée ou autrement dit « *l'interrogatoire et le regard des techniciennes deviennent insupportables, source de violence et d'humiliation* » (Leduc, 2008).

Des personnes expliquent, dans l'étude de l'IRTS, avoir entrepris des démarches auprès de leur CPAM, mais ne pas les avoir menées à terme à cause de relations difficiles avec les agents des caisses. Si la relation de guichet constitue, généralement, un apprentissage de la citoyenneté, « *elle peut aussi être un apprentissage de pratiques discriminatoires* » (Desprès, 2008). Ainsi, et même si le cadre administratif et juridique limite les pratiques différenciées quant à l'accès effectif aux droits, la manière dont les personnes en demande de CMU-C sont accueillies fait l'objet de différenciations en fonction des agents. Pour certaines, le sentiment de stigmatisation lié au fait d'être « *traités différemment parce qu'on a besoin d'être aidé* »¹⁴³ induit un abandon des démarches et un non-recours à la CMU-C complexifiant par la même leur accès aux soins.

2.3 - Le non renouvellement de la CMU-C, une forme particulière de non-recours

Au delà des explications multiples du non-recours à la CMU-C, les études, et plus particulièrement celle de l'ODENORE, mettent en exergue une forme particulière prise par le phénomène : le non renouvellement du droit à la CMU-C. Il est en effet possible en mobilisant les bases de données de la CPAM de vérifier si les non-recourants identifiés à un instant T ont déjà eu recours au dispositif par le passé. Cela permet, d'une part, de limiter les inexactitudes relatives aux déclarations erronées dans les questionnaires. D'autre part, il s'agit de saisir le non-recours dans un temps long en le repositionnant par rapport à des comportements passés, en l'occurrence ici des comportements quant à la souscription de la CMU-C et plus généralement d'une complémentaire santé (Revil, 2006).

Il ressort que 57% des non-recourants ont déjà eu une complémentaire dans le passé que ce soit la CMU-C ou une autre couverture. 23% n'ont jamais eu de protection complémentaire en matière de santé. Parmi ceux ayant déjà eu la CMU-C, on peut observer que la plupart en ont même bénéficié plusieurs années de suite. Pourtant, nombreux sont celles et ceux qui ne l'ont,

¹⁴³ Entretien avec un assuré en non-recours, entre 55 et 65 ans, vivant en couple, 3 enfants, bénéficiaire du RMI depuis 2004.

à un moment donné, plus renouvelée. Le non-recours, dans ce cas là, s'apparente à un non renouvellement. Cette forme nous paraît intéressante à analyser dans la mesure où elle concerne 22% des allocataires du RMI identifiés au sein des bases de données de la CPAM de Grenoble (Revil, 2006).

Lorsque l'on s'attache à comprendre les raisons du non renouvellement, on retrouve assez logiquement les deux explications principales que nous venons d'évoquer, à savoir les problèmes d'information et la stigmatisation. De l'étude de l'ODENORE, il ressort que plus de la moitié de ceux ayant déjà eu recours à la CMU-C et ayant été victimes d'au moins un refus de soin par un professionnel de santé n'ont pas renouvelé leur droit. Les personnes expliquent s'être senties stigmatisées par ce type de comportements. Elles font donc le choix de ne plus recourir et souvent de rester sans complémentaire plutôt que de s'exposer à de nouveaux refus de soins. Aucune des personnes se trouvant dans cette situation et avec lesquelles nous avons eu un entretien n'a pourtant signalé les comportements des professionnels de santé à la CPAM ou à l'Ordre des médecins. La conséquence des refus opposés aux bénéficiaires de la CMU-C est finalement bien un repli par rapport à des droits auxquels ils sont éligibles, repli qui peut potentiellement restreindre leur accès aux soins et plus particulièrement aux soins spécialisés (Revil, 2006).

Le manque d'information ou l'incompréhension de certaines procédures explique également cette forme particulière de non-recours qu'est le non renouvellement. Les bénéficiaires de la CMU-C, environ deux mois avant l'échéance de leur droit, reçoivent un courrier dans lequel il leur est demandé de procéder, de nouveau, au choix de l'organisme gestionnaire afin de continuer à bénéficier de la CMU-C. En l'absence d'une réponse de la part des bénéficiaires, leur droit est fermé.

L'étude de l'ODENORE souligne que, parmi les non-recourants qui ont déjà eu la CMU-C, 67% n'en bénéficient plus parce qu'ils n'ont pas fait valoir de nouveau leur droit d'option quant à la gestion de la CMU-C. Ces personnes expliquent souvent ne pas comprendre pourquoi leur CMU-C n'a pas été renouvelée selon les modalités qu'ils ont initialement choisies, tandis que d'autres disent ne pas se souvenir avoir reçu un courrier de la CPAM ou ne pas l'avoir compris. Une fois de plus le fonctionnement du dispositif est obscur : les personnes pensent, qu'à partir du moment où le choix de l'organisme gestionnaire a été fait, la CPAM peut renouveler automatiquement leur droit chaque année. A l'instar de cela, il n'est pas rare que

les personnes soient convaincues que leur droit est renouvelé automatiquement d'une année sur l'autre. Elles pensent être encore couvertes alors qu'elles ne le sont, dans la réalité, plus.

Le non renouvellement est également une forme de non-recours que l'on retrouve plus fréquemment parmi les enquêtés qui alternent périodes d'emploi et périodes d'inactivité. Lors des entretiens réalisés auprès d'assurés affiliés au régime 101 à la CPAM, ils ont évoqué en quoi cette situation est une raison explicative de leur non renouvellement. Le fait d'alterner emploi et inactivité engendre en effet des incertitudes concernant les ressources et, par voie de conséquence, concernant les droits et les aides auxquels ils peuvent prétendre. Beaucoup ont bénéficié de la CMU-C mais n'ont pas renouvelé leurs droits, ne sachant pas s'ils y étaient encore éligibles ou s'ils allaient retrouver un emploi et avoir des ressources accrues (Revil, 2006).

« Je fais des petits boulots, sur de courtes durées. Pas beaucoup d'heures... Du coup c'est un peu compliqué de savoir à quoi j'ai droit. J'ai été informée sur les conditions d'accès à la CMU quand j'ai fait mon contrat CAE [Contrat d'accompagnement dans l'emploi] aide bibliothécaire et j'ai eu la CMU. Mais après je savais plus trop ».

Entretien avec une assurée en non-recours, entre 25 et 35 ans, vivant seule, bénéficiaire du RMI depuis 2005.

L'étude de l'IRTS montre par ailleurs que 20% des enquêtés ont déjà fait une demande de CMU-C, mais que leurs ressources dépassaient de quelques euros le plafond. Ils n'ont donc pas pu bénéficier du dispositif, mais ne renouvellent pas pour autant leur demande quelques mois plus tard (Berrat, 2008). Pourtant, en fonction des variations de revenus et des changements de situations par rapport à l'emploi, il est possible qu'ils deviennent ou redeviennent éligibles à la CMU-C.

Le non-recours à la CMU-C reçoit ainsi des explications multiples et prend différentes formes. Les causes, perçues à travers les premiers travaux et grâce aux indices mis à jour par le Fonds CMU, se retrouvent dans les trois études effectuées en 2006. Leur compréhension est cependant approfondie, ce qui amène à relativiser ou, à l'inverse, à souligner le caractère prégnant de certaines d'entre elles et à rappeler l'importance de décrypter le non-recours à travers un prisme mêlant explications comportementales et institutionnelles.

2.4 – Un usage de la connaissance qualitative pour défendre la nécessité d'un traitement du non-recours

La connaissance des causes du non-recours confirme en effet ce que les présomptions avaient esquissé, à savoir que phénomène ne relève pas uniquement de comportements individuels liés à l'absence de besoins de soins ou au bénéfice d'une autre complémentaire, mais que les causes institutionnelles ou administratives sont prégnantes. Les études mettent ainsi en exergue avec précision la nature des difficultés qui jalonnent l'accès aux droits. Les formes prises par le phénomène s'apparentent tout à la fois à de la non connaissance, de la non réception et à de la non demande. Si certains bénéficiaires rencontrent des obstacles sur le chemin de l'accès, d'autres ne veulent plus demander des droits qui sont perçus comme disqualifiant. Selon Bruno Négroni, certaines causes ressortent néanmoins :

« Il y avait une concordance des études, des causes qu'on voyait vraiment. Les problèmes d'information, toutes ces incompréhensions... On en revient à la culture de l'accès aux droits dont j'ai déjà parlé, il faut développer cette culture dans les CPAM comme ça a été le cas dans les CAF ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

Dans le rapport d'évaluation de la loi CMU, il est indiqué que *« le manque d'information constitue l'élément le plus important pour expliquer le non-recours : les individus ne connaissent pas ou mal le dispositif (...). Il ressort globalement des réponses des intéressés une impression de non compréhension du système et un découragement envers les administrations »* (Fonds CMU, 2007). Parallèlement, le Fonds souligne que *« la peur de la stigmatisation, en particulier vis-à-vis des médecins, constitue l'une des raisons les plus évoquées comme cause de non-recours »* (Fonds CMU, 2007). En se centrant sur ces raisons et en braquant le projecteur sur les pratiques des administratifs et des professionnels de santé, l'agence confirme sa problématisation du non-recours autour des enjeux d'effectivité et d'efficacité des droits sociaux. Elle explique *« qu'il faut réagir activement contre le non-recours »* (Fonds CMU, 2007) et ce, pour renforcer l'accès aux dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée et l'accès financier aux soins. Même lorsqu'elle évoque le cas de l'aide à la mutualisation en soulignant que le recours se situe en 2006 entre 10 et 20% (Fonds, CMU, 2007), ce n'est pas pour mettre en cause la pertinence du dispositif ou

demander sa suppression, mais pour souligner la nécessité d'apporter des réponses et de traiter le non-recours. Le Fonds en vient ainsi au traitement qu'il convient selon lui de mettre en place :

« Dans le cadre de l'accès au droit, la question du non-recours à la CMU-Complémentaire et à l'Aide complémentaire santé est préoccupante. Au-delà du constat du non-recours, il s'agit de mettre en œuvre une politique active pour permettre à chacun d'accéder à ses droits et aux soins ».

Extrait du rapport d'activité du Fonds CMU, 2006.

En premier lieu, la concentration sur les problèmes informationnels, qui s'encastrent dans un système administratif complexe, vient compléter son argumentaire concernant la nécessaire élaboration d'une politique générale d'accès aux droits. Dans ce cadre, le Fonds exprime la nécessité de faire évoluer certaines conditions d'ouverture du droit CMU-C qui complexifient l'accès, en particulier le choix par les bénéficiaires potentiels d'un organisme gestionnaire. Il va d'ailleurs plus loin en proposant une automatisation complète de l'ouverture de la CMU-C pour les allocataires du RMI. Pour autant, cette évolution, qui peut paraître anecdotique, emporterait des évolutions profondes dans la répartition des rôles entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie complémentaire (AMC). Concentrer la gestion de la CMU-C uniquement du côté des CPAM pousserait dehors les OC à l'heure où ceux-ci deviennent les principaux financeurs de ce droit, comme nous l'avons expliqué. En ce sens, la suppression du droit d'option pour les bénéficiaires est largement controversée :

« Le Fonds a proposé que les contrats CMU-C des allocataires du RMI soient gérés par leur CPAM. Cette proposition a déjà été faite à plusieurs reprises par le passé, mais elle n'a pour l'instant pas été suivie. Que les choses soient du coup vraiment automatique, mais c'est politique là ».

Entretien avec Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.

En parallèle, le Fonds renvoie vers les organismes de base de l'Assurance maladie, principaux gestionnaires des droits à la complémentaire, la responsabilité d'agir pour traiter le phénomène. La traduction du rapport des ressortissants à leurs droits, permise par la compréhension des causes du non-recours, vient selon l'agence questionner les pratiques et les fonctionnements des CPAM. Elle pointe « *les effets dysfonctionnels produits par la*

gestion administrative des droits sociaux » (Borgetto, 2004). Comme l'exprime Michel Borgetto en 2004, « *l'impact de la thématique de l'accès aux droits ne se limite pas au cadre conceptuel de l'action sociale : le thème revêt un autre aspect touchant à la mise en œuvre de ces droits et à leur gestion institutionnelle* » (Borgetto, 2004). Lors du dernier Conseil de surveillance du Fonds de 2006, suite à la présentation des résultats des études sur le non-recours, les parties prenantes de la CMU présentes ont « *insisté sur la nécessaire mobilisation de tous les acteurs et de l'Assurance maladie en terme d'information des bénéficiaires potentiels* » (Fonds CMU, 2006). Cependant début 2007, dans le rapport d'évaluation de la loi, le Fonds souligne l'importance de dépasser les seules campagnes de communication en masse généralement mises en œuvre par les administrations. Il soutient l'élaboration de politiques de prospection des non-recourants comme support à des interventions de différentes natures auprès d'eux. La prospection n'est ainsi pour l'agence qu'un aspect de « *l'évolution globale des pratiques dans les CPAM qui pourrait soulager les non-recourants du poids de la complexité du dispositif et lever certaines difficultés de compréhension qui y sont liées* » (Fonds CMU, 2007). A travers les causes de non-recours, le Fonds vient ainsi pointer la rigidité des fonctionnements des organismes de l'Assurance maladie, le fossé persistant par rapport aux assurés et les limites d'une relation de type « *distanciation autorité* » (Chevallier, 1993), dans un contexte où les conditions d'accès aux droits se sont complexifiées et où les situations par rapport à la protection maladie se sont fragilisées.

On l'a dit, pour le Fonds, l'accès effectif aux droits est la condition principale de l'accès aux soins et donc le premier garant du respect du droit à la protection de la santé. Dans ce cadre, « *la CMU doit pouvoir être utilisée pour recourir aux soins et les pratiques des professionnels de santé ne pas empêcher en retour l'accès aux droits* »¹⁴⁴. Le traitement envisagé du non-recours passe ainsi par la limitation des refus de soins. Sur ce point, l'évaluation de la loi CMU met en résonance les résultats des travaux sur le non-recours relatifs à la stigmatisation ressentie par les bénéficiaires dans leurs rapports aux professionnels de santé, avec ceux issus des travaux menés par le Fonds spécifiquement sur la question des refus de soins.

En juin 2006, le Fonds a en effet publié une étude sur le sujet. Il a pointé un taux de refus de près de 40% chez les médecins spécialistes du secteur 2 et chez les dentistes dans le Val-de-

¹⁴⁴ Extrait d'une discussion avec Jean François Chadelat, directeur du Fonds CMU, lors d'une visite au Fonds, avril 2008.

Marne (Fonds CMU, 2006). A la même période, Médecins du monde (MDM) a également mené une étude sur les refus de soins (MDM, 2006). Dans la foulée de ces travaux, le ministre de la Santé et des Solidarités de l'époque, Xavier Bertrand, a souligné le caractère inacceptable de tels refus et demandé à Jean-François Chadelat de rencontrer l'ensemble des acteurs du dispositif CMU pour rechercher les améliorations susceptibles de mettre fin à ces pratiques.

Le rapport Chadelat, découlant de ces investigations, est paru en décembre 2006. Il revient, entre autre, sur le rôle de l'Assurance maladie dans la limitation des refus de soins et sur la nécessité pour l'institution de relancer des actions en la matière. En 2005, la CNAMTS a déjà rédigé et diffusé une circulaire¹⁴⁵ pour apporter aux CPAM des précisions concernant les procédures à diligenter à l'encontre des professionnels refusant de respecter leurs obligations. Le document indiquait que les plaintes des bénéficiaires de la CMU-C devaient être relayées vers la Caisse nationale. Pour autant, les signalements par les caisses ont été peu nombreux¹⁴⁶. Suite à cette action aux résultats limités, la CNAMTS n'a pas poursuivi son investissement sur cette problématique. Fin 2006, le rapport Chadelat a ainsi indiqué que *« pour ce qui concerne les Caisses des régimes de sécurité sociale, celles-ci doivent se mobiliser pour être plus actives dans l'élimination des refus de soins. Elles devront relancer la recherche des signalements de refus de soins »* (Chadelat, 2006). Les résultats relatifs aux refus dans les études sur le non-recours à la CMU-C viennent s'ajouter aux constats faits dans le rapport Chadelat. Ils soulignent communément les conséquences de tels comportements sur l'accès aux soins, mais aussi sur l'accès effectif aux droits des ressortissants de la complémentaire gratuite :

« Les éléments qui indiquaient des pratiques discriminantes et des rapports difficiles parfois avec les professionnels de santé ont rejoins d'autres constats. L'évaluation de la CMU a fait le point et à la CNAMTS, il a été créé un groupe de travail autour de ça ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, ancien agent de la Direction de la réglementation de la CNAMTS, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.

¹⁴⁵ Circulaire 61- 2005 du 13 juin 2005. Un premier document avait été diffusé dès la mise en place de la CMU (Circ. 5/2001)

¹⁴⁶ Durant les trois premiers mois suivant la diffusion de la circulaire, 119 caisses dénombrent 185 signalements, dont 69 caisses avec zéro signalement (Fonds CMU, ibid.). A l'inverse, certaines CPAM font remonter la plupart des signalements. Certes la pratique des refus de soins est variable d'un territoire à l'autre, mais il est également vrai que la mobilisation des CPAM a été très inégale quant aux procédures de signalement.

La concordance des résultats amènent en effet la CNAMTS à relancer une réflexion interne. Au printemps 2007, elle met en place un groupe de travail intitulé « Accès aux soins des publics précaires », composé de représentants de ses directions et de membres des CPAM, « afin de réfléchir aux possibilités et aux leviers dont elle dispose pour améliorer la situation et renforcer par la même le recours aux droits CMU-C »¹⁴⁷. Nous reviendrons sur ce groupe dans la suite de cette thèse car il joue un rôle important dans l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée.

CONCLUSION DU CHAPITRE

La production de connaissances sur le non-recours à la CMU-C, en 2006, est centrale dans l'émergence et l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée. Ceci pour deux raisons principales.

Premièrement, elle apporte des éléments quantitatifs et qualitatifs qui viennent soutenir un argumentaire dans l'évaluation de la loi CMU concernant le rapport des bénéficiaires avec les dispositifs de la complémentaire publique. Les taux de non-recours, malgré leurs incertitudes méthodologiques, sont utilisés par le Fonds pour attester de la réalité du phénomène. La valeur sociale qui leur est attribuée tient principalement au fait qu'ils se recoupent et qu'ils permettent, malgré leurs imprécisions respectives, de borner l'ampleur du non-recours. En ce sens, ils sont mis ensemble pour engager une comparaison avec la fraude à la complémentaire. Ainsi, c'est pris globalement, reliés les uns aux autres, que ces chiffres sont dotés d'importance. Leur usage n'est par ailleurs pas pensé en termes « absolus », mais tend à engager une relativisation de la sur utilisation des droits. Il soutient l'idée selon laquelle le non-recours est une problématique au moins aussi légitime que son envers, la fraude, et que ces deux questions ont leur place dans les préoccupations des acteurs de la protection maladie. L'argumentaire déployé dans l'évaluation de 2007 est qu'il convient de traiter des deux facettes de l'accès aux droits : le non-recours et la fraude.

¹⁴⁷ Éléments issus d'un compte rendu d'une réunion de ce groupe de travail, fourni par son pilote, Jacques Amalric, chargé de mission à la CNAMTS et ancien directeur de la CPAM de Bourg-en-Bresse.

Outil de preuve, ici indépendamment de leur exactitude arithmétique ou de leur solidité méthodologique, les taux sont également des outils dans des stratégies de transformation des modalités de l'action publique (Ogien, 2010). Ici et au travers de l'évaluation, ils constituent en l'occurrence un point d'appui pour alerter sur l'effectivité partielle de la CMU-C et soutenir le déploiement d'un traitement ayant pour finalité l'amélioration de l'effectivité et de l'efficacité de l'accès aux soins. Les résultats des études concernant l'état de santé des personnes et les conséquences du non-recours sur l'accès et l'utilisation des soins confortent la problématisation du phénomène esquissée par les présomptions, dans un contexte de gestion du risque maladie ayant vocation à éviter l'aggravation des problèmes de santé pour contenir les dépenses et rendre le système plus efficient. Si le non-recours est problématique, c'est parce qu'il entrave l'accessibilité financière aux soins, alors même que celle-ci est pensée en France comme le levier principal pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

La mise en exergue des causes du non-recours et la confirmation des présomptions quant aux facteurs de nature institutionnelle et administrative confortent les rédacteurs de l'évaluation dans la nécessité d'un traitement. L'institutionnalisation d'un problème demande « *d'en rechercher les causes, de localiser les responsabilités et d'avancer des solutions possibles* » (Chevallier, 1986). Ici, le non-recours ne s'expliquant pas uniquement par des comportements individuels, mais au travers de la relation entre les ressortissants des droits, les acteurs administratifs et les professionnels de santé, il appelle, selon le Fonds, des réponses pour simplifier et fluidifier cette relation. Ainsi pensé, le phénomène est renvoyé prioritairement vers les acteurs de l'Assurance maladie, qui se trouvent au cœur de cette relation, et vers la mise en place de pratiques permettant la facilitation de l'accès aux droits. Que ce soit par la prospection des non-recourants, l'amélioration de l'information pour lever les multiples incompréhensions qui gênent l'accès ou le renforcement des modalités de signalement des refus de soins. Le Fonds insiste d'ailleurs sur le fait que certaines formes prises par le non-recours, en particulier le non renouvellement, indiquent que les CPAM « connaissent » déjà une partie des non-recourants et qu'elles peuvent donc assez aisément élaborer des méthodes informatiques pour les identifier et intervenir auprès d'eux (Fonds CMU, 2007). Au regard de l'usage de la connaissance relative au non-recours dans l'évaluation de la loi CMU de 2007 et de l'argumentaire qui en découle, l'opérationnalisation d'un traitement engagerait des changements organisationnels dans le rapport des organismes avec leurs ressortissants pour s'éloigner d'une gestion des droits sociaux calquée sur celle des droits assurantiels.

Cet argumentaire se diffuse progressivement. Dès la fin 2006 et avant même la parution officielle de l'évaluation, la Cour des comptes l'intègre en partie dans un rapport qu'elle rédige sur la mise en œuvre de la CMU. En se référant aux études sur le non-recours, elle évoque la nécessaire simplification de la CMU-C et des dispositifs d'aide à la mutualisation. Elle recommande aux acteurs de la protection maladie de travailler plus particulièrement sur la gestion de la prestation et de la confier, en outre, intégralement aux régimes de base de l'Assurance maladie afin d'en faciliter l'accès (Cour des comptes, 2006). En 2008, la Mission commune d'information sur la pauvreté et l'exclusion, créée par le Sénat pour faire un bilan et proposer des réorientations des politiques menées en la matière depuis 1988, rédige un rapport intitulé : *La lutte contre la pauvreté : une responsabilité partagée* (Seillier, 2008)¹⁴⁸. Sous la responsabilité de Bernard Seillier alors vice président de la Commission des Affaires sociales du Sénat, ce rapport reprend les résultats des travaux financés par le Fond sur le non-recours à la CMU-C et les utilise dans le sens de l'argumentaire esquissé par l'agence. Ainsi, les taux sont-ils mis en avant pour prouver la persistance de difficultés d'accès aux soins et le manque d'effectivité des dispositifs créés pour remédier au problème. Les causes extraites des études par le Fonds sont citées par les rédacteurs du rapport, justifiant selon eux une intervention des organismes d'Assurance maladie pour renforcer l'accès aux droits. Ils soutiennent, par la même, qu'il n'est dans ce contexte pas opportun d'élargir encore davantage l'accès à la couverture complémentaire - la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2007 augmentant le plafond d'accès à l'aide à la mutualisation - alors qu'une grande partie des bénéficiaires potentiels n'a déjà pas recours aux dispositifs d'aide existants (Seillier, 2008).

La diffusion de l'argumentaire élaboré dans le cadre de la troisième évaluation de la loi CMU constitue un élément clef pour comprendre l'émergence du non-recours à la complémentaire ; sa mise en forme autour des enjeux d'effectivité et d'efficacité des dispositifs visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins, à l'heure du déploiement de la gestion du risque dont l'un des axes est la lutte contre les inégalités en matière de santé ; et son renvoi vers l'Assurance maladie, prioritairement désignée pour mettre en place les conditions de l'accessibilité et de l'effectivité des droits.

Deuxièmement, la production de connaissances sur le non-recours a des conséquences au niveau local, pour la CPAM dans laquelle l'état des lieux du non-recours a été effectué par

¹⁴⁸ Rapport d'information n°445 (2007-2008), <http://www.senat.fr/rap/r07-445-1/r07-445-129.html>

l'ODENORE. Ceci est un autre point majeur de l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire. De manière générale, la production de données chiffrées participe « à la construction de l'évidence des problèmes en unifiant sous une catégorie unique des réalités singulières » (Tissot, 2007). Le calcul de taux place ici le non-recours sous les yeux des acteurs de l'Assurance maladie, en réunissant dans une catégorie surplombante des situations individuellement peu visibles et invisibilisées par les fonctionnements administratifs bureaucratiques et productifs. Les taux traduisent l'existence du non-recours, lui confèrent un poids de réalité et mettent en exergue le fait que des personnes ne sont pas concernées par le rapport aux organismes de Sécurité sociale et que certains restent à distance des guichets. Alors que la perception du non-recours par les acteurs de direction de la CPAM est jusque là réduite, les taux contribuent à modifier la donne. L'appropriation durant le processus d'étude de la question du non-recours par des agents de terrain participent également à donner au phénomène un sens institutionnel et à soulever ses enjeux pour la CPAM.

Ce sont bien en premier lieu les conséquences sur les performances de la caisse dans la gestion des produits administratifs qui rendent le non-recours problématique pour la direction. D'autant plus que la COG signée en 2006 par la CNAMTS avec les acteurs étatiques contient des objectifs renforcés concernant l'accès à la complémentaire, la « bonne » gestion de la CMU-C et la « promotion » de l'aide à la mutualisation. La CPAM a décliné ses objectifs dans son CPG et déterminé des résultats à atteindre en termes d'ouverture de droits à la complémentaire. Les taux de non-recours mesurés dans sa circonscription l'alertent ainsi, car ils lui signalent un écart par rapport aux résultats escomptés. La CPAM entrevoit, par la même, que la gestion très hétérogène des difficultés d'accès aux droits par le service CMU peut impacter sa productivité et déstabiliser ses indicateurs d'activité.

Dans ces conditions et dans la mesure où la CPAM peut à travers la contractualisation choisir les moyens lui permettant d'atteindre les objectifs inscrits dans son CPG, la caisse décide de poursuivre le travail engagé avec l'ODENORE sur le non-recours. Celui-ci lui apparaît comme un levier qu'il est envisageable d'actionner pour rendre plus opérationnelle la préoccupation gestionnaire de l'effectivité des droits en matière de complémentaire maladie (Warin, 2010). L'existence d'une situation problématique n'est toutefois pas suffisante pour retenir l'attention des acteurs publics, il s'agit de construire une représentation du problème qui lui donne corps et le rende traitable (Chevallier, 1986). La décision de la CPAM de continuer à travailler sur le non-recours se fonde également sur le fait que l'étude a signalé

des pistes pour repérer le phénomène, lui donner corps à partir des outils informatiques de la CPAM, fournissant ainsi un support potentiel pour le traiter. Bien qu'elles nécessitent d'être consolidées, ce sont ainsi les connaissances méthodologiques et pratiques élaborées par l'acteur scientifique qui intéressent l'organisme. La possibilité de bénéficier de l'expertise de celui-ci est, en l'occurrence, une condition de la poursuite des investigations sur le non-recours, interrogeant par la même le positionnement de l'ODENORE par rapport au prolongement du partenariat. Dans cette perspective, des discussions s'engagent entre la CPAM et l'ODENORE pour imaginer la mise en route conjointe d'une expérimentation locale ayant pour finalité d'expérimenter de manière approfondie le repérage du non-recours à la complémentaire à partir des systèmes d'informations administratifs.

Chapitre 7.

L'expérimentation locale sur le non-recours au croisement de multiples enjeux.

Le flou et l'ambiguïté pour avancer.

L'étude conduite par l'ODENORE, en 2006, marque le démarrage d'une expérimentation relative au non-recours à la complémentaire dans le département de l'Isère. Celle-ci constitue un moment important de l'institutionnalisation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS. Elle est, en outre, un élément clef pour comprendre la forme initiale prise par le non-recours dans l'agenda de l'Assurance maladie. Pour ces différentes raisons, nous allons orienter notre regard sur cette expérimentation locale qui débute à la fin de l'année 2006 afin d'en décrypter les objectifs et les enjeux. L'impasse ne peut être faite sur ce décryptage, si l'on veut comprendre dans quelle mesure l'expérimentation a influencé la direction prise par la branche Maladie de la Sécurité sociale, dans la COG signée en 2010, concernant la limitation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS.

Suite à l'étude réalisée pour le Fonds CMU, la CPAM et l'ODENORE décident de poursuivre leur collaboration. Ils veulent innover en construisant un outil de repérage du non-recours aux dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée, à partir des systèmes d'informations des organismes de Sécurité sociale. L'étude de l'Observatoire a ouvert des portes ; il s'agit désormais de les pousser, d'affiner et d'étendre les protocoles informatiques au delà du RMI et de la CMU-C. Là est l'idée initiale de l'expérimentation sur laquelle s'accordent la CPAM et l'ODENORE, mais également la CAF de Grenoble et la CARSAT de Rhône Alpes. En effet, si l'étude a signifié à la Caisse primaire l'existence de situations de non-recours primaire, elle a également commencé à désigner ceux que nous allons qualifier de « relais informationnels », à savoir des acteurs disposant d'informations dont la CPAM a besoin pour repérer le non-recours à la complémentaire (Revil, 2009).

Chacun de ces acteurs a des raisons propres de s'inscrire dans l'expérimentation locale. En ce sens, celle-ci prend forme dans le sillage de stratégies qui ne se recoupent que dans une certaine mesure. Objectifs locaux et nationaux se cumulent et s'entremêlent. Viennent aussi

s'ajouter des intérêts personnels. De ce fait et derrière l'apparent consensus relatif à l'élaboration d'un outil de repérage du non-recours à la CMU-C et à l'ACS, les objectifs poursuivis sont divers et surplombés par des enjeux de connaissance et d'action. On retrouve ici une double dimension souvent présente au sein des expérimentations : elles participent, tout à la fois, à révéler et à connaître des problèmes, qui ne sont souvent pas reconnus comme tels par les pouvoirs publics, mais aussi à y apporter des réponses. Elles sont ainsi un moyen de rendre visibles, « par le bas », des problématiques et d'avancer pour y répondre (Lafore, 2010). Ceci afin de tenir compte des enseignements du terrain pour inverser, en quelque sorte, le circuit de la décision publique (Rozan, 2012).

De plus en plus en effet, les politiques sociales sont portées par « *des groupes d'acteurs qui, aux différents niveaux de la société, élaborent des propositions, expérimentent, structurent et testent des ensembles plus ou moins cohérents d'idées* » (Lafore, 2010). L'action publique se fabrique, en outre, entre acteurs de diverses natures qui croisent leurs compétences et ressources « *pour oser sur le terrain de nouvelles manières de faire* » (Lefeuvre, 2011). En France, la pratique de l'expérimentation dite sociale a, depuis peu, été encadrée sur le plan législatif. La loi constitutionnelle de mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République introduit la possibilité pour les collectivités territoriales de réaliser des expérimentations, tandis que la loi organique d'août 2003 précise les possibilités de leur généralisation (Dauphin, 2012).

Dans l'esprit des économistes et dans le sillage notamment d'Esther Duflo, professeur d'économie au Massachusetts Institute of Technology (MIT), l'expérimentation sociale recouvre des caractéristiques bien précises et répond à des exigences rigoureuses ; inspirée des essais cliniques en médecine et importée dans le champ des pratiques sociales, c'est une démarche scientifique empirique consistant à contrôler la validité d'une hypothèse, d'une idée par une suite de vérifications *in situ* (Grelley, 2012). Afin de comprendre différemment les problèmes sociaux et de leur apporter des solutions nouvelles, l'expérimentation passe par une observation directe sur le terrain et privilégie des démarches de type « recherche-action », associant des acteurs venant des champs administratifs et scientifiques (Chauvière, 2012).

Au delà de ces caractéristiques, les acteurs publics y voient plus généralement une possibilité « *d'innover une politique sociale ou certains aspects de celle-ci, à petite échelle* » (Lefeuvre, 2011), sans toujours respecter les « canons » expérimentaux. Ils mettent néanmoins en place

des démarches empruntant à l'expérimentation le fait d'avoir « *une idée empirique pionnière à tester [pour que celle-ci] passe d'un mode de perception hasardeux, bricolé à un mode plus rationnel* » (Chauvière, 2012) qui puisse nourrir l'action publique. Dans le cas qui nous intéresse, le travail effectué en 2006 entre scientifiques et administratifs pour le Fonds CMU a fait émerger une idée concernant l'observation du non-recours à la complémentaire publique. Reste à la renforcer et à en tester la validité opérationnelle à travers l'expérimentation.

Cette idée est un point de départ permettant aux acteurs de converger, mais n'est pas une finalité en soi. Nous faisons en effet l'hypothèse, qu'autour de cette idée partagée, se greffe une multitude d'objectifs spécifiques pour chaque acteur et que cette « *logique d'essaimage amenant à dépasser largement l'idée initialement fixée* » (Rozan, 2012) n'est pas problématique, pendant un certain temps. Au contraire, le flou qui en résulte, et l'ambiguïté des acteurs quant à leurs attentes, leur permettent d'avancer ensemble malgré des enjeux propres qui ne se recoupent que partiellement. Malgré le fait également de ne pas savoir précisément « *à quoi s'attendre en matière de non-recours* »¹⁴⁹. Cette situation de flou relatif aux objectifs et aux enjeux est finalement fréquente, dans le cadre d'expérimentations impliquant une pluralité d'acteurs, et plus encore lorsque ceux-ci sont de natures différentes (Loncle, 2010).

Durant plusieurs mois d'ailleurs, cette multiplicité d'objectifs et d'enjeux ne se révèle pas explicitement et demeure largement tue par les acteurs eux-mêmes. Ils ne posent en effet pas l'ensemble de leurs cartes sur la table, certains objectifs restant masqués. Ils n'ont, de toute façon, pas intérêt à attiser les tensions qui peuvent potentiellement résulter de cette multiplicité et de la contradiction des logiques. Les acteurs maintiennent donc une forme de flou afin d'avancer sur leur idée pionnière, et ce parce que ni les acteurs administratifs, CPAM ou relais informationnels, ni l'acteur scientifique ne peuvent, en effet, travailler sur le non-recours primaire de manière unilatérale. Quand certains disposent de l'information ou de l'accès aux bases de données, d'autres ont l'expertise et les compétences pour traiter de la question du non-recours aux droits.

Dans ce chapitre, nous souhaitons revenir sur l'idée autour de laquelle l'expérimentation locale a pris forme et qui constitue le nœud de l'accord originel entre les acteurs administratifs

¹⁴⁹ Entretien avec Michèle Bussière, sous directrice de la CPAM de Grenoble, juin 2007.

et scientifiques ; il nous paraît néanmoins important de souligner que les acteurs n'ont finalement que peu échangé sur le fond de cet objet, choisi dans la continuité du travail effectué pour le Fonds CMU. Nous soulignerons parallèlement que c'est la nature même de cet objet qui produit la situation de dépendance dans laquelle se trouvent les acteurs les uns par rapport aux autres. Enfin, nous reviendrons sur le déploiement « consenti » de cette idée de la CMU-C vers l'ACS, et du RMI vers plusieurs autres minima sociaux, servis par les branches maladie, famille et vieillesse ; déploiement qui annonce déjà la dispersion des objectifs et l'inscription de l'expérimentation locale dans des enjeux qui la dépassent.

Dans une seconde section, nous ferons le point sur les objectifs et enjeux du projet expérimental pour chacune des parties prenantes afin de montrer l'éloignement par rapport à l'idée initiale. Afin de souligner surtout la diversité des objectifs et enjeux, en termes de natures, de temporalités et d'échelles. Il est, selon nous, important de bien comprendre comment s'organisent les stratégies chez chacun des acteurs, « *afin de voir progresser les processus cognitifs relatifs à l'idée originelle* » (Chauvière, 2012). Nous verrons que les divergences relatives aux finalités de l'expérimentation s'expliquent notamment par la nature des acteurs, scientifiques ou administratifs, mais aussi, concernant plus précisément les acteurs administratifs, par leur degré d'implication, leur rôle et leur positionnement quant aux dispositifs CMU-C et ACS. Les intérêts individuels et perspectives d'évolution au sein de l'institution Sécurité sociale, tout comme les positions personnelles prises par les acteurs, s'agissant plus généralement de la gestion des droits sociaux ciblés, constituent également des variables explicatives. Au-delà des raisons expliquant la multiplicité des finalités, nous nous demanderons *in fine* si le non-recours ne devient pas, peu à peu, qu'un prétexte pour déployer des stratégies institutionnelles et individuelles qui n'ont, au bout du compte, pas beaucoup à voir avec le phénomène.

SECTION 1.

UNE IDEE PIONNIERE RAPIDEMENT DEPASSEE

Dans le sillage de l'étude conduite en 2006 par l'ODENORE, une idée chemine : initialement portée par le Fonds CMU, un acteur de la CNAMTS ainsi que par l'Observatoire, elle concerne l'observation du non-recours à la CMU-C, à partir des systèmes d'informations des organismes de Sécurité sociale. L'importation de cette idée au cœur d'une CPAM, comme le souhaitait le Fonds, porte ses fruits puisque la Caisse primaire, l'ODENORE et la CAF s'accordent pour prolonger le travail engagé sur le non-recours aux droits en matière d'Assurance maladie complémentaire.

L'implication de la CAF, et en l'occurrence de son directeur des Etudes et de l'informatique, montre que l'étude de 2006, au delà de souligner le caractère incontournable du partage d'informations pour observer le non-recours primaire à la CMU-C, identifie des interlocuteurs pour concrétiser ce partage. Karl E. Weick, chercheur en sciences de gestion, s'est penché dès les années 1960, sur l'histoire de certains instruments de gestion. Il montre que leur origine se trouve régulièrement dans ce qu'il appelle des « jeux sociaux »¹⁵⁰ et explique notamment que, dans le cadre de projets gestionnaires dépassant les frontières d'une organisation, les acteurs n'interagissent pas avec un environnement abstrait, mais avec un nombre limité d'interlocuteurs concrets. Ceux-ci sont des correspondants privilégiés et personnifient l'environnement de l'organisation (Weick, 1969). Selon K.E. Weick, il existe ainsi des acteurs prenant un rôle de relais pour d'autres organismes, la plupart du temps temporairement, et participant pleinement au déploiement de certains instruments.

Le chercheur explique que la nécessité pour un organisme de mobiliser des acteurs relais, issus de son environnement, se fait plus particulièrement jour lorsque surviennent, en son sein, des points de blocage ou des problèmes nouveaux dont la compréhension et la résolution sont incertaines (Weick, 1969). La mobilisation de relais est alors essentielle, ceux-ci jouant un rôle majeur pour aider l'organisme à dépasser les situations problématiques et à réduire les

¹⁵⁰ En 1969, dans son ouvrage *The social psychology of organizing*, K. E. Weick indique que les jeux sociaux sont des relations d'interdépendance qui découlent du fait que « le sort de toute personne dépend de ce que les autres personnes font, mais que la personne dont le sort dépend des autres peut aussi contrôler partiellement le sort de ces derniers » (Weick, 1969).

incertitudes. Le rôle de relais se met ainsi principalement en place sur des sujets précis, complexes à prendre en main par un organisme et nécessitant de ce fait l'élaboration d'un projet particulier pour avancer.

A l'instar de ces constats, il est approprié d'utiliser le terme de « relais » pour qualifier les organismes administratifs locaux qui vont aider la CPAM à effectuer le repérage du non-recours primaire, dans le cadre de l'expérimentation. L'intérêt pour le non-recours est, nous l'avons dit, émergent pour la direction de la CPAM. Par la même, l'opération de repérage est complexe, incertaine, et la Caisse primaire ne peut, en outre, la mener à bien de manière unilatérale. En particulier, parce qu'il lui manque des informations clefs sur les personnes potentiellement éligibles aux dispositifs de la CMU.

Des acteurs de son environnement tendent donc à venir la relayer sur ce point, acceptant de lui fournir les informations qui lui font défaut. Ils acceptent donc de l'aider dans la résolution d'une difficulté, c'est pourquoi pour les nommer, nous parlerons de relais et plus précisément de relais informationnels. Afin d'amorcer leur implication, l'ODENORE s'est appuyé sur les contacts qu'il a établis avec certains d'entre eux, dans le cadre de travaux antérieurs ; c'est le cas en particulier pour la CAF et son directeur des Etudes. L'expérience de ce dernier concernant le non-recours, ainsi que le pilotage de projets partenariaux entre acteurs scientifiques et administratifs, sont une variable essentielle dans la mise en œuvre de l'expérimentation, comme nous le verrons. La CAF, personnifiée par son directeur des Etudes, n'est d'ailleurs pas le seul relais informationnel du projet expérimental.

Après avoir ouvert des pistes pour observer le phénomène à partir des systèmes d'informations des organismes de Sécurité sociale, la CPAM, l'ODENORE et la CAF souhaitent consolider les protocoles de repérage du phénomène et élaborer un outil informatique complet permettant de détecter le non-recours à la CMU-C. Mais aussi à l'ACS, et ce pour plusieurs minima sociaux. Ils font, en effet, l'hypothèse que le non-recours en matière de CMU n'est pas spécifique aux allocataires du RMI et qu'il peut concerner les bénéficiaires de l'ensemble des minima dont le plafond s'approche de ceux des droits CMU-C et ACS. En l'occurrence, les prestations ciblées servies par la branche Famille mais également par la branche Vieillesse.

En ce sens, les trois acteurs à l'origine de l'expérimentation ont besoin d'impliquer localement un quatrième acteur, un autre relais informationnel : la CARSAT de la région. C'est elle qui assure la gestion du Minimum vieillesse et qui détient, à ce titre, les informations sur les allocataires de la prestation nécessaires pour le repérage du non-recours. En outre, son Service social assure aussi des missions en matière d'accès aux soins pour le compte de l'Assurance maladie. Nous y reviendrons également.

1.1 - Une idée à expérimenter plus solidement

Au niveau local, élaboration et déploiement de l'outil informatique sont à l'ordre du jour, constituant le cœur de l'expérimentation naissante et, en quelque sorte, sa raison d'être. L'ODENORE a commencé à documenter la problématique du non-recours à la complémentaire et suggéré une façon de l'aborder. L'expérimentation a vocation à consolider de manière opérationnelle cette idée.

« Dans un premier temps, toi et l'ODENORE êtes intervenus avec le Fonds CMU en 2006 pour montrer qu'il y avait de l'eau dans le gaz sur la question des complémentaires santé, et qu'il y avait intérêt à travailler. L'étude nous a aussi montré qu'on ne pouvait pas travailler chacun dans notre coin. Ça c'était la première étape. La deuxième étape, c'était d'arriver à mobiliser les acteurs utiles autour de l'idée qu'il fallait y aller un peu à fond techniquement pour cerner le problème et le repérer. Y aller à fond, c'est utiliser les systèmes d'info, imaginer des requêtes à la CPAM, échanger nos infos... Ce qui était intéressant dans cette idée, c'était de voir que techniquement il y avait des choses faisables. C'est ça qui est apparu avec l'étude, ensuite il fallait transformer concrètement l'essai. On était bien d'accord là dessus ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

1.11 – Le non-recours primaire, un objet qui s'impose

Dans le prolongement du précédent travail, les acteurs s'accordent tacitement sur la définition d'origine du non-recours pour asseoir l'expérimentation : le phénomène correspond, dans le cadre du projet, à la situation des personnes potentiellement éligibles à la CMU-C ou à l'ACS

et qui n'en bénéficient pas, quelle qu'en soit la raison. Ainsi et dans la continuité du travail effectué pour le Fonds CMU, le non-recours primaire paraît s'imposer « *de lui-même et un travail définitionnel plus précis ne semble pas avoir lieu d'être pour nous les administratifs* »¹⁵¹.

« *Non je ne me suis pas dit qu'on pouvait travailler sur autre chose. Pour moi le non-recours c'était ça, quand nos assurés ne nous sollicitent pas ou plus pour leur CMU-C ou pour qu'on leur délivre une attestation ACS. Après le terme est venu de ton travail pour le Fonds, de vous à l'ODENORE* ».

Entretien avec Michèle Bussière, Sous directrice de l'Assurance maladie, CPAM de Grenoble, avril 2008.

Au démarrage de l'expérimentation en effet, aucun échange ne porte sur la possibilité d'observer une forme de non-recours en particulier, par exemple le non renouvellement qui a émergé au sein de l'étude de 2006 comme l'une des formes principales prises par le phénomène. Ou sur le non-recours au sein d'une population apparaissant comme particulièrement exposée. Cela peut interroger sur l'appropriation de la question du non-recours par les acteurs administratifs et sur leurs représentations propres du phénomène.

Dans un premier temps donc, l'idée consiste à balayer le phénomène de manière panoramique, afin de mesurer des taux généraux pour « *imager l'effectivité et dénombrer le nombre de personnes qui ne sont pas touchées* »¹⁵² par la complémentaire CMU, ainsi que par l'aide à la mutualisation, dans la circonscription Grenobloise. La quantification du non-recours primaire est bien au cœur de l'expérimentation ce qui, nous le verrons, se comprend parfaitement au regard des objectifs et des enjeux de la prise en compte du non-recours, en particulier pour les acteurs de l'Assurance maladie.

« *On a finalement peu discuté, voire pas, du non-recours aux droits en général et de ce que la Caisse primaire en pensait par exemple... Ou si c'était nécessaire de zoomer sur un type plutôt que sur un autre... Mais c'est aussi parce qu'on a eu peu d'échanges approfondis sur les causes du non-recours suite à la première étude. Même si ce travail a permis une*

¹⁵¹ Extrait d'une discussion avec Hugues Saniel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble, juin 2007.

¹⁵² Expression employée par Bruno Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, lors d'une réunion de conclusion de l'étude effectuée en 2006.

perception plus forte du non-recours à la CPAM. C'est peut-être parce qu'on voulait quantifier et regarder qui étaient les allocataires atteints ou non par les droits de l'Assurance maladie, de manière un peu large. En fait, on a juste continué à regarder ce qu'on avait regardé avec le Fonds CMU, on s'est calé dans cette ligne ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

Le centrage de l'expérimentation sur le non-recours primaire a pour conséquence de rendre incontournable le partage d'informations entre organismes de Sécurité sociale ; chacun des acteurs a compris, avec l'exemple du RMI, qu'il ne peut travailler sans les autres, la dépendance informationnelle étant au cœur de la mise en visibilité du phénomène. Le non-recours à la CMU-C ne se donne pas à voir à partir de l'organisme gestionnaire du dispositif. Cela peut paraître évident, il fallait toutefois le confirmer empiriquement.

1.12 - « Transformer concrètement l'essai »¹⁵³ du partage d'informations

Si le recoupement d'informations paraît ainsi être une solution, il reste à l'organiser et à le mettre concrètement en œuvre. Le test fait sur le RMI et la CMU-C n'a, en effet, pas consisté en un croisement de données à part entière. Comme nous l'avons expliqué dans le précédent chapitre, nous avons procédé à un recoupement d'informations « à la main » entre des informations provenant de listings papier fournis par la CAF et la Base de données opérantes (BDO) de la CPAM. Ce test, relevant largement du bricolage et d'un raisonnement à tâtons, participe néanmoins à mieux comprendre l'apport du recoupement d'informations entre branches Maladie et Famille dans l'optique de quantifier et de détecter les allocataires en non-recours primaire à la CMU-C (Revil, 2008a).

Certes ces premières manipulations ouvrent des voies, défrichent les chemins à prendre et ceux qui paraissent moins praticables. Elles permettent une découverte des informations détenues par les CAF, mais aussi une compréhension « par l'intérieur » du fonctionnement et du contenu des bases de données de la CPAM. Reste cependant, à travers l'expérimentation, à organiser juridiquement le partage d'information, à déterminer avec précision les variables à échanger, à imaginer la structure des fichiers, à écrire les requêtes informatiques. L'objectif

¹⁵³ Formule empruntée à Hugues Saniel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble.

est bien d'élaborer des protocoles de repérage du non-recours automatisés et mobilisables sur de grands volumes de dossiers. Il n'est pas imaginable de continuer à travailler dossier par dossier, comme nous l'avons fait en 2006.

« Déjà, je crois que l'étude ensemble a été utile pour nous mettre cette idée du non-recours dans la tête. Et aussi pour nous montrer qu'on pouvait faire quelque chose là dessus à partir de nos données informatiques. Mais on a quand même bien vu qu'il fallait améliorer la réalisation ».

Entretien avec Michèle Bussière, Sous directrice de l'Assurance maladie, CPAM de Grenoble, avril 2008.

Tout reste d'autant plus à faire techniquement que l'étude financée par le Fonds CMU s'est centrée exclusivement sur un minimum social, le RMI, pour lequel l'ouverture de droit est en outre simplifiée. Les acteurs administratifs et scientifiques envisagent de déployer leur idée au delà de la CMU-C et du RMI. Ils veulent également travailler sur l'ACS et sur plusieurs minima sociaux dont les bénéficiaires peuvent potentiellement être éligibles aux dispositifs de l'Assurance maladie. La CPAM, la CAF et l'ODENORE décident donc d'élargir le spectre de l'expérimentation.

« L'étude réalisée entre la CPAM de Grenoble et la CAF, prise en charge par l'ODENORE, structure rattachée à l'Université, restait générale dans la méthode et s'appuyait sur des constats statistiques à approfondir. Aussi, nous sommes convenus de consolider le protocole pour le RMI et d'élargir le périmètre de cette démarche méthodologique à l'ensemble des minima sociaux et sur l'ensemble du Département de l'Isère. La perspective était d'identifier les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS, puis, en leur sein, les situations de non-recours ».

Extrait d'une présentation de l'expérimentation par Hugues Saniel à la CAF de Bourg-en-Bresse, novembre 2008.

1.2 - Déployer l'idée pionnière au delà du RMI et de la CMU-C

Lorsque l'idée émerge de prolonger les investigations, il est immédiatement question d'inclure dans l'expérimentation le non-recours à l'aide à la mutualisation, que nous appellerons aussi ACS¹⁵⁴. Les débats entre les acteurs de la protection maladie sont forts sur ce sujet. Que ce soit au niveau national ou local d'ailleurs. Malgré quelques ajustements en 2006 (revalorisation du montant de l'ACS notamment), l'accroissement de la montée en charge n'est toujours pas au rendez-vous (Fonds CMU, 2006). La prise en compte de cette question de l'aide à la mutualisation peut, selon M. Bussière, constituer un moyen d'inscrire davantage l'expérimentation dans la stratégie des acteurs nationaux de l'Assurance maladie, ce qui n'est pas pour déplaire à la Sous directrice. Là encore, le décryptage à venir des objectifs de la Caisse primaire concernant l'expérimentation nous aidera à comprendre cette position.

1.21 – La prise en compte de l'ACS dans l'expérimentation locale

Ainsi que l'explique Jean-Louis Haurie, directeur de la CAF de Paris, « *le risque en expérimentant, notamment lorsque le processus est impulsé par des acteurs locaux, est que le projet ne s'inscrive pas dans la stratégie des acteurs nationaux et que l'expérimentation ne puisse être généralisée* » (Haurie, 2012). Alors que la limitation du non-recours à la CMU-C s'impose progressivement parmi les priorités de la CNAMTS et de la DSS, le non-recours à l'aide à l'ACS est, en revanche, plus « officiellement » perçu comme problématique et la « *promotion du dispositif* » est un objectif de la COG (CNAMTS, 2006). « *Le nombre de bénéficiaires de l'Aide complémentaire santé* » constitue par ailleurs l'un des indicateurs pour suivre « *le recours à la complémentaire santé des plus démunis* », objectif du Plan qualité et efficacité (PQE)¹⁵⁵ de l'Assurance maladie pour 2006. Le PQE constitue l'annexe principale de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Les indicateurs relatifs à l'ACS sont parallèlement présents dans le suivi de la loi de santé publique de 2004, nous l'avons vu, et dans le programme 183 de la LOLF relatif à l'Assurance maladie. L'élaboration de

¹⁵⁴ Rappelons que cette aide a changé de nom à plusieurs reprises.

¹⁵⁵ En 2005, lors de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale, le législateur a ajouté au projet de loi une annexe présentant les grands objectifs poursuivis par les politiques de Sécurité sociale et mesurant les progrès réalisés. Ce type de programme transpose à la sphère sociale la logique objectifs résultats à l'œuvre dans les projets annuels de performance associés aux projets de loi de finances. En ce sens, les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) ont l'ambition d'appréhender de façon globale l'impact des politiques de sécurité sociale sur les conditions de vie des Français.

l'indicateur de la LOLF concernant l'ACS a été réalisée en 2006 par le Fonds CMU. Il est par la même chargé de l'informer.

La CPAM, ayant connaissance de cette orientation des instances nationales plus marquée sur l'aide à la mutualisation, souhaite donc travailler également sur le non-recours à l'ACS dans le projet expérimental. Elle y voit un moyen d'aller dans le sens de la stratégie politique et institutionnelle nationale. La Sous directrice de la Caisse primaire, M. Bussière, semble rassurée par cette perspective ; elle ne paraît, en effet, pas prête à trop s'écarter des injonctions de la CNAMTS et de ses préoccupations prioritaires. Le fait que la Caisse nationale, qui a suivi l'étude de 2006 en participant à son Comité de pilotage, ne souhaite pas être impliquée dans le suivi de l'expérimentation locale inquiète particulièrement M. Bussière. Nous verrons que la position de la CNAMTS est toutefois plus complexe que cela.

« Travailler aussi sur l'ACS, ça permettait d'avoir un œil de la Caisse nationale... Sur la CMU-C, le soutien était moins clair. Le non-recours à l'ACS c'était un peu obligé dans le cadre du travail piloté par la DSS... ».

Entretien avec Michèle Bussière, Sous directrice de l'Assurance maladie, CPAM de Grenoble, avril 2008.

La CPAM n'est cependant pas seule à prendre des décisions relatives au calibrage de l'expérimentation. La CAF a son mot à dire. Comme l'exprime son directeur des Etudes, la volonté politique de faire monter en charge l'ACS peut assurer une forme de soutien à l'expérimentation, lui donner effectivement un cadrage institutionnel et obliger, en outre, la CPAM à s'investir durablement dans l'expérimentation. Car, même si le travail de 2006 semble avoir sensibilisé la direction de l'organisme au non-recours aux droits, le directeur des Etudes de la CAF craint que la Caisse primaire ne fasse marche arrière si elle ne perçoit pas un soutien clair de la CNAMTS :

« Pour avancer sur nos affaires, il y avait aussi besoin d'une véritable volonté politique de travailler sur ces questions là. Parce qu'à un moment donné, il faut trouver l'opportunité pour placer ça. On a déjà eu un temps où les pouvoirs publics ont reculé sur l'accès aux droits au simple problème du fric. Bon ici en tout cas, on a vu apparaître une volonté locale autour de cette idée de non-recours et de repérage. Au début, c'était pas gagné, puis la CPAM a vu là dedans un moyen pour suivre certains objectifs nationaux... Très vite ça a été

surtout des objectifs sur l'ACS. L'accès à la complémentaire pose problème pour les instances nationales surtout pour ceux qui sont au dessus de la CMU-C, la CPAM a voulu suivre ça. Parce que le problème d'accès aux droits est encore plus problématique pour cette population ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

L'ODENORE accepte d'intégrer l'aide à la mutualisation dans le projet expérimental et de déployer l'idée au delà de la CMU-C. A l'heure où l'Assurance maladie connaît de profondes évolutions, il lui semble cohérent d'étudier et de comprendre, de manière globale, les difficultés que rencontrent tous les dispositifs publics d'aide à la complémentaire pour atteindre leurs cibles. D'autant plus que le non-recours à la CMU-C et le non-recours à l'ACS posent initialement des questionnements différents, on l'a vu : si dans un cas c'est l'accessibilité qui est en jeu et la gestion des prestations, dans l'autre il semble que ce soit les choix politiques faits pour couvrir les personnes précaires qui posent problème (Revil, 2012). Même si la position de la DSS et l'argumentaire du Fonds CMU semblent peu à peu s'accorder pour mettre de côté les enjeux relatifs à la pertinence de l'ACS et se concentrer sur l'amélioration de son effectivité, pour l'ODENORE, il n'est pas question d'ignorer certaines causes potentielles du non-recours à l'ACS et notamment celle qui interroge directement sa pertinence : l'importance du reste à payer par les ménages même après déduction de l'aide sur un contrat complémentaire. Prendre en compte dans l'expérimentation la CMU-C et l'ACS offre l'occasion de tester empiriquement une hypothèse surplombant le non-recours aux droits sociaux, à savoir que le phénomène, s'il interpelle sur l'effectivité des prestations et services, pointe également la pertinence de certains dispositifs de protection sociale (Warin, 2010).

Parallèlement, fin 2006, l'Observatoire est destinataire du nouvel appel à projets d'études du Fonds CMU qui compte une proposition relative au non-recours à l'ACS. L'agence poursuit ses investigations et veut notamment creuser le résultat relatif à l'ACS dans l'étude de l'IRTS. Rappelons qu'elle indique un taux de non-recours de 100% dans certaines populations (Berrat et Paul, 2006). L'ODENORE répond à cet appel, signalant l'extension possible des travaux locaux à l'Aide à la complémentaire. Cette tentative visant à associer le Fonds à l'expérimentation locale n'aboutit toutefois pas. L'organisme souhaite, en effet, diversifier ses partenariats administratifs et scientifiques, élargissant par la même ses possibilités d'analyse du dispositif CMU. Il garde aussi à l'esprit les relations difficiles qui ont existé avec la CPAM

de Grenoble, lors du lancement de l'étude sur le non-recours à la CMU-C, et la position ambivalente de la direction quant à cette problématique. Néanmoins le Fonds exprime son intérêt pour les travaux de l'Observatoire et suggère de ne pas laisser le non-recours à l'ACS en dehors de l'expérimentation. Collectivement, les acteurs locaux décident donc d'élargir le spectre de la Convention de collaboration scientifique (annexe 4), cadre officiel du projet commun, alors en cours d'écriture.

1.22 – La volonté partagée d'étendre le projet à plusieurs minima sociaux

Cet élargissement amène à en envisager un autre sur lequel les acteurs tombent assez facilement d'accord. D'une part, travailler sur l'ACS induit « mécaniquement » de prendre en compte dans l'expérimentation d'autres minima sociaux que le RMI. Les personnes potentiellement éligibles à l'ACS ne sont, en effet, pas les allocataires du RMI. D'autre part, les acteurs conviennent qu'il peut être intéressant de comprendre la situation par rapport à la complémentaire des allocataires de minima sociaux dont le plafond de ressources « flirtent » avec le seuil des dispositifs de l'Assurance maladie. Ce qui est le cas pour deux prestations en particulier : l'Allocation adulte handicapé (AAH) servie par la branche Famille et le Minimum vieillesse, géré par la branche Vieillesse.

Depuis la création de la CMU-C, des controverses existent concernant l'intégration dans sa population cible des allocataires de ces minima sociaux. Déjà lors des débats qui ont mené à l'adoption de la loi, les associations emmenées par ATD-Quart Monde et Médecins du monde (MDM) demandent que le seuil de la CMU-C soit supérieur au plafond de ressources de l'AAH et du Minimum vieillesse afin que leurs allocataires, qui rencontrent souvent des difficultés pour payer une complémentaire maladie, puissent en bénéficier (Frotiée et Commaille, 2004).

Le rapport Boulard qui, en 1998, pose l'ensemble des options possibles pour l'instauration d'une protection maladie universelle propose également, dans deux de ses scénarii, de fixer le seuil au niveau du plafond de ressources du Minimum vieillesse (Boulard, 1998). La Direction de la sécurité sociale (DSS) rédige, dans la foulée, plusieurs notes de travail en tenant compte des ressources prises en compte par les CAF et les CARSAT pour ouvrir les droits à l'AAH, au Minimum vieillesse mais aussi à l'Allocation parent isolé (API). Si le sujet

est complexe, c'est bien parce que les pouvoirs publics craignent de ne pouvoir supporter le coût de l'intégration dans la cible de la CMU-C de l'ensemble des allocataires de minima sociaux. Les débats en la matière sont immédiatement surplombés par des implications financières lourdes (Froitié et Commaille, 2004).

Enfin, dans la loi portant création de la CMU, le plafond de la complémentaire gratuite est fixé de façon à permettre la prise en compte des bénéficiaires de minima sociaux les plus fortement handicapés sur le terrain de la complémentaire maladie. A savoir, les allocataires de l'API, qui ont une charge de famille, et du Minimum vieillesse, pour lesquels les contrats complémentaires sont souvent très onéreux (Franc et Perronnin, 2007). Le plafond est, par contre, fixé en dessous de celui de l'AAH. Suite aux mesures annuelles de revalorisation des minima sociaux, le seuil de la CMU-C devient également trop bas pour intégrer les allocataires du Minimum vieillesse (Fonds CMU, 2006).

Ainsi, le premier rapport d'évaluation de la loi CMU souligne, dès 2001, « *l'impact négatif d'un plafond de ressources jugé insuffisant au regard notamment de divers minima sociaux comme les allocations de base du minimum vieillesse, l'allocation invalidité et l'allocation adulte handicapé* » (IGAS, 2001). L'instauration de l'aide à la mutualisation a justement vocation à proposer un mécanisme de protection à ces allocataires de minima sociaux, pour lesquels l'accès financier aux soins demeure souvent problématique.

« Il y a depuis la mise en place de la CMU-C des débats sur l'incorporation dans la cible des allocataires de l'AAH, du minimum vieillesse... On a dit que cela coûterait trop cher... Parfois, le plafond a été augmenté et ces allocataires ont pu bénéficier de la couverture CMU. Et puis il y a eu l'ACS... Mais combien de ceux qui ont l'AAH l'utilisent ? C'est une question qu'il faut poser. Je pense que les allocataires de cette aide, comme d'autres d'ailleurs, sont mal couverts au niveau complémentaire parce qu'ils ne connaissent pas leurs droits. On peut regarder ça aussi parce qu'on peut présumer qu'ils ont droit soit à l'un, soit à l'autre des dispositifs mais qu'ils ne savent pas toujours où ils en sont ».

Extrait d'une intervention d'Hugues Saniel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble, lors d'une réunion de préparation de l'expérimentation en décembre 2006.

Tenant compte de ces constats et afin de comprendre précisément le non-recours aux dispositifs CMU-C et ACS de ces populations, dont les ressources les font passer d'un dispositif à l'autre en fonction des évolutions réglementaires, les acteurs locaux choisissent de prendre en compte, dans l'expérimentation, l'ensemble des minima sociaux pour lesquels une « présomption d'éligibilité » aux dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée existe. Le projet a ainsi vocation à regarder la situation, de l'ensemble des populations issues de catégories à faibles revenus dont l'accès aux soins n'est pas garanti par l'Assurance maladie obligatoire.

Puisque l'objectif est de repérer le non-recours pour plusieurs prestations, il s'agit de travailler avec les organismes de Sécurité sociale qui disposent d'informations sur les allocataires concernés. Organismes que nous choisissons d'appeler des « relais informationnels », dans la mesure où ils fournissent de l'information sur leurs publics à la CPAM, afin que celle-ci puisse détecter le non-recours à ses propres dispositifs. L'investissement de la CAF est acquis dans le sillage de l'étude effectuée pour le Fonds CMU ; il permet de travailler sur le RMI, l'AAH et l'API. Il convient, en revanche, de se mettre d'accord avec la CARSAT qui assure la gestion des allocations de base du Minimum vieillesse. Les contacts dont disposent notamment le directeur Etudes de la CAF, et le positionnement du Service social de la CARSAT sur certaines missions de l'Assurance maladie, permettent de s'accorder assez rapidement avec cet acteur.

Nous verrons, un peu plus loin dans ce chapitre, que l'investissement des « relais informationnels » ne se fait néanmoins pas sans contrepartie, ceux-ci ayant des raisons propres à accepter de collaborer pour mettre en exergue le non-recours. La CPAM propose également d'étudier le non-recours des allocataires de l'Allocation spéciale d'invalidité (ASI). Dans la mesure où c'est la Caisse primaire qui gère et sert la prestation, la sous directrice pense que la mise au point d'un protocole de détection peut être rapide, car ne nécessitant pas de partage d'informations entre organismes.

Finalement, la convention de collaboration scientifique implique : les CPAM et CAF de l'Isère¹⁵⁶, la CARSAT Rhône Alpes et l'ODENORE. Les dirigeants et responsables de ces

¹⁵⁶ CPAM et CAF de l'Isère et non uniquement de Grenoble. En 2006, le département compte encore deux organismes locaux pour chaque branche. Nous reviendrons sur l'implication dans l'expérimentation des CPAM et CAF de Vienne, à côté des caisses de Grenoble.

organismes composent le Comité de pilotage de l'expérimentation. La convention rappelle que *« l'objet principal de l'expérimentation est de construire une méthode ad hoc de quantification et d'identification du non-recours à la CMU-C et à l'ACS, au sein des populations allocataires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), de l'Allocation Parent Isolé (API), des Allocations du minimum vieillesse (ASPA et ASI) et de l'Allocation Spéciale d'Invalidité (ASI) »*.

L'idée pionnière est bien réaffirmée : il s'agit pour les acteurs d'expérimenter la conception d'un outil de repérage, support pour identifier, quantifier, caractériser et comprendre le phénomène. Est également évoquée, dans la convention, la mise en place d'actions pour limiter le non-recours à la CMU-C et à l'ACS dans la continuité du repérage.

Pour autant, l'ODENORE tient à spécifier que ce point concerne principalement les acteurs administratifs. Il peut, pour sa part, envisager de prolonger le travail par une autre expérimentation qui porterait plus spécifiquement sur l'élaboration et l'évaluation d'une réponse au non-recours. Quoiqu'il en soit sur ce dernier point, acteurs scientifiques et administratifs paraissent s'accorder sur le fait que la mise en place d'actions n'interviendra que dans un avenir un peu plus lointain, une fois le travail de conception de l'outil, de quantification et de compréhension du non-recours mené à son terme pour l'ensemble des minima.

Alors qu'il semble y avoir une idée claire et partagée à l'origine de l'expérimentation, les représentations quant à ses finalités sont en réalité nettement plus diluées. Les objectifs poursuivis par chaque acteur, initiaux et relais informationnels, sont de natures diverses et les logiques d'actions sont, pour le moins, éloignées les unes des autres. Expérimenter l'élaboration d'un outil de repérage du non-recours n'est finalement qu'un objectif parmi d'autres, objectif surplombé à la fois par des enjeux d'observation et de connaissance, par des enjeux gestionnaires propres à l'Assurance maladie, à différentes échelles d'ailleurs, par des enjeux partenariaux locaux en matière d'accès aux droits sociaux et d'usage innovants des systèmes d'informations de la Sécurité sociale également. La dilution de l'objet et la dispersion de l'idée initiale sont en route.

SECTION 2.

L'EXPERIMENTATION AU CROISEMENT D'ENJEUX MULTIPLES.

Cette dilution se perçoit, en premier lieu, à travers les documents de cadrage de l'expérimentation que la CPAM rédige en parallèle de la Convention de collaboration scientifique officielle : un cahier des charges explicitant les objectifs et les enjeux pour l'Assurance maladie ; un avenant à son Contrat pluriannuel de gestion (CPG), déclinaison locale de la COG, pour donner un cadre institutionnel à son investissement dans le projet local. Ces documents sont élaborés avec la section CMU-C de la CNAMTS et sans concertation aucune avec les autres acteurs locaux concernés par l'expérimentation. Ces derniers en ont eu connaissance alors que la DRASS Rhône Alpes demande des comptes à la Caisse primaire sur l'expérimentation. A cette occasion et afin que nous préparions une synthèse du projet, M. Bussière nous a mis à disposition ces documents.

Ils sont intéressants à plusieurs titres : ils permettent de percevoir la multiplicité des enjeux de ce projet pour la CPAM mais, surtout, la discordance avec les objectifs affichés au sein de la convention rédigée collectivement. Ils soulignent, en particulier, la place centrale accordée par la caisse aux actions destinées à améliorer l'accès à la complémentaire ainsi qu'à leur possible généralisation par la CNAMTS. La Caisse primaire s'inscrit, ainsi, dans des enjeux gestionnaires propres à la branche Maladie et s'installe rapidement dans un double jeu « local national », que la rédaction unilatérale de documents de pilotage semble venir matérialiser. Par la même, on découvre à la lecture du cahier des charges que la CPAM a mis en place un « groupe projet » interne, pour réfléchir dès que possible aux actions destinées à limiter le non-recours. Sont notamment impliqués dans ce groupe de travail les responsables de la relation client et du pôle précarité de la Caisse primaire, qui n'ont jamais été associés aux discussions relatives à l'expérimentation et qui n'apparaissent d'aucune manière dans la Convention de collaboration scientifique.

Ces quelques éléments signalent que l'idée initiale sur laquelle se sont accordées les acteurs locaux n'est peut-être qu'un objectif tout à fait intermédiaire pour l'Assurance maladie et, qu'à travers l'expérimentation, se jouent bien d'autres desseins pour la CPAM et les autres acteurs. Le non-recours aux droits apparaît, à l'instar de cela, plus comme un prétexte, une

idée floue (Verdier, 2008) pour poursuivre des orientations stratégiques diverses. Comme l'explique Eric Verdier concernant les politiques d'éducation et de formation communautaires, les idées ont un rôle d'autant plus important dans la régulation de l'action publique, qu'elles sont assez floues pour soutenir la coexistence d'intérêts et d'interprétations diversifiées (Verdier, 2008). Elles s'imposent alors par leur capacité à animer et à laisser se développer des scènes de dialogues différentes.

Bruno Palier, spécialiste de la protection sociale, souligne quant à lui que l'ambiguïté et la polysémie sont au fondement même du compromis sur lequel repose le système français de protection sociale. Elles sont au cœur des principales réformes qu'a connues le système, dans la dernière moitié du XXe siècle. Le RMI, la fiscalisation du financement de la Sécurité sociale avec la CSG apparaissent ainsi comme des exemples, selon l'auteur, de réformes apparemment consensuelles, mais qui sont, en réalité, sous-tendues par des interprétations et des attentes différentes, parfois même contradictoires des acteurs concernés. En ce sens, Bruno Palier soutient que l'action publique s'élabore « *dans une logique d'agrégation d'intérêts disparates, passant par de l'ambigu fédérateur* » (Palier, 2008).

Pour en revenir au cas qui nous intéresse, l'expérimentation relative au non-recours permet la conciliation d'intérêts divergents, dans un climat d'ambiguïté volontairement maintenu par les acteurs. En outre, si l'incorporation de l'expérimentation dans le Contrat pluri annuel (CPG) de la CPAM, à travers un avenant, peut assurer une forme d'investissement accru de la Caisse primaire dans le projet, en l'obligeant à des résultats en termes de performance et d'efficience, elle focalise encore un peu plus le projet sur l'action et donne un poids important à la CNAMTS dans le processus. Comme pour l'ensemble du CPG en effet, celle-ci suit la réalisation des différents objectifs déclinés localement. Le classement de la CPAM par rapport aux autres caisses en France et certains financements dépendent de l'atteinte des objectifs par la CPAM sur la période du CPG.

La Caisse primaire s'inscrit dans une stratégie qui lui est propre. C'est aussi le cas des relais informationnels. Répondre présents pour participer à l'outillage du non-recours n'est pas un engagement à sens unique. Les relais s'investissent d'ailleurs rarement sans contrepartie, comme l'explique Karl E. Weick (Weick, 1969). Ils poursuivent des intérêts institutionnels propres et défendent pour certains, à travers l'acteur qui les représente, des positions individuelles fortes s'agissant du non-recours. Certains enjeux sont communs à la CAF et la

CARSAT, qui voient par exemple dans l'expérimentation un levier pour enclencher un rapprochement avec la CPAM et pour tenter d'aller vers une co-production accrue de l'accès aux droits des populations en difficulté au sein du département de l'Isère. Nous le verrons dans la suite cette section.

Pour bien comprendre la manière dont l'expérimentation a eu lieu et les limites qu'elle a progressivement rencontrées, il nous paraît incontournable de faire le point sur les objectifs propres à chaque acteur et de comprendre les enjeux, pour chacun, de l'expérimentation relative au non-recours. Les acteurs ne s'investissent pas aveuglément dans ce projet. Les stratégies sont bien sûr susceptibles d'évoluer « en cours de route », au fur et à mesure de la « mise en service » de l'outil de repérage du non-recours. Il est cependant possible d'identifier des buts initiaux structurant le développement de l'outil. C'est le cas pour la plupart des outils informatiques d'ailleurs (Baudot, 2011) et c'est une étape de l'analyse particulièrement importante pour des outils expérimentaux qui tendent à matérialiser une idée ambiguë et dont les usages peuvent être multiples pour les acteurs qui les imaginent (Bezès, 2004). Les premiers pas d'une expérimentation ne sont jamais complètement aléatoires, ni les choix opérés incohérents (March, 1991). Ils sont structurés par des repères stratégiques pour chacun des acteurs.

2.1 -L'expérimentation, entre enjeux de connaissance et d'action

« Outil de connaissance pour asseoir la légitimité et la crédibilité d'un problème, outil stratégique permettant la négociation entre des acteurs publics concernant l'action, l'incertitude sur les usages existent souvent au démarrage d'un processus expérimental » (Bezès, 2004). Si chaque acteur peut avoir une idée claire des raisons de son investissement propre, il ne perçoit en revanche pas toujours la totalité des enjeux pour les autres parties prenantes. Au sein du projet isérois, l'enjeu cognitif semble essentiel pour l'ensemble des acteurs, pour l'ODENORE bien entendu dont l'activité même suppose de déployer cette connaissance, pour les acteurs administratifs également, en étant un point de départ nécessaire pour continuer à problématiser solidement le non-recours, légitimer la crédibilité du problème et imaginer une réponse. Cette vision est cependant un peu simpliste et les enjeux sont bien plus complexes que cela. Pour les cerner, il convient de tenir compte des temporalités propres à chaque acteur et surtout des obligations auxquelles ils sont contraints, notamment pour les

acteurs administratifs en termes désormais de résultats et non plus de moyens. Dans ce contexte en effet, l'action publique est soumise au mot d'ordre de la performance et à l'usage de connaissances surtout quantitatives (Chauvière, 2012).

2.11 - Enjeux partenarial et de connaissance du non-recours pour les scientifiques

Pour l'ODENORE, l'enjeu reste proche de celui qui l'a amené à se rapprocher de la CPAM fin 2005 ; mais il se précise tout de même quelque peu. Si au moment de l'étude pour le Fonds CMU, il s'est agi d'ouvrir une collaboration avec un organisme disposant d'une ressource informationnelle pour travailler sur le non-recours, l'enjeu est désormais de la pérenniser et de stabiliser le partenariat avec la CPAM de Grenoble. La perspective expérimentale permet d'imaginer une collaboration de longue durée et peut aussi, pourquoi pas, servir de point de départ à d'autres expérimentations au sein de l'Assurance maladie.

En outre, la pérennisation du partenariat permet de disposer d'un accès durable aux bases de données de l'organisme, ressource majeure pour l'Observatoire et indispensable à la connaissance du non-recours aux droits maladie. Elle rend parallèlement possible une analyse empirique des systèmes d'informations, afin de comprendre et de préciser encore ce qu'ils peuvent concrètement apporter à l'observation du phénomène en matière de CMU-C et d'ACS. L'opportunité s'offre donc à l'Observatoire de décrypter empiriquement les potentialités et les limites des systèmes informatiques d'une CPAM, mais aussi de tester le partage d'informations administratives entre branches de Sécurité. Dont on dit beaucoup, mais que l'on expérimente finalement assez peu pour des raisons juridiques, techniques et organisationnelles (Desrosières, 2005).

La participation à l'expérimentation dans le département de l'Isère est donc essentielle pour l'activité de l'ODENORE. L'Observatoire, comme son nom l'indique, a bien vocation à produire et à accumuler des données de natures quantitatives et qualitatives sur le non-recours aux droits. Pour ce faire, il a besoin d'accéder à des ressources informationnelles, notamment administratives, et de fabriquer des méthodes pour les exploiter dans l'objectif d'observer régulièrement et systématiquement le non-recours. L'implication dans ce processus expérimental, en collaboration avec des acteurs sociaux qui gèrent des prestations ciblées

ayant une place majeure au sein du système de protection sociale français est, en l'occurrence une occasion unique de participer « de l'intérieur » à l'outillage du non-recours.

Enjeu institutionnel pour l'Observatoire donc ; enjeu individuel pour nous aussi. Le fait de pouvoir continuer à travailler avec la CPAM est une condition pour lancer notre travail de thèse. En 2006, alors que nous finissons un Master 2 d'évaluation de politiques publiques, validé par un mémoire portant sur le travail réalisé pour le Fonds CMU, la question se pose de poursuivre en doctorat. L'étude jette, en effet, les prémises d'un sujet de recherche relatif au non-recours en matière d'Assurance maladie ; cependant, pour le mettre en œuvre il convient de s'assurer de la continuité du partenariat avec les acteurs administratifs locaux. Ceci est central pour la faisabilité de la recherche doctorale.

Nous avons ainsi un intérêt à la « mise en service » d'un outil de détection afin de fabriquer de la connaissance quantitative et qualitative sur le non-recours à la CMU-C et à l'ACS. D'autant plus que les volumes d'information sur lesquels le travail de recherche peut porter sont très importants et permettent d'envisager des enquêtes d'envergure auprès de non-recourants. On sait toute l'importance de réfléchir à la faisabilité d'une recherche scientifique dès ses prémises, et cela est encore plus vrai concernant le non-recours aux droits qui impose de tenir compte de son caractère peu visible. Par ailleurs, suivre de l'intérieur la prise en compte de la question du non-recours à la complémentaire par des acteurs administratifs, son informatisation et les enjeux organisationnels qui en résultent constituent un matériau original pour la recherche doctorale. A l'instar de qui vient d'être écrit, l'expérimentation revêt des enjeux institutionnels pour l'ODENORE et individuel pour notre parcours universitaire.

2.12 – Enjeux de performance et d'efficience de la gestion des droits pour la CPAM

Rappelons que du côté de la CPAM, l'acclimatation au non-recours est progressive et commence à prendre forme avec l'étude conduite pour le Fonds. La mise en exergue des premiers taux de non-recours à la CMU-C suscite une crainte pour la CPAM d'être critiquée, quant à ses procédures de gestion des droits ciblés, et d'être mise en cause, quant à ses résultats en la matière. De cette inquiétude découle l'idée d'approfondir les pistes opérationnelles permises par le repérage du non-recours. Dans cette perspective, l'engagement de la CPAM dans l'expérimentation est ainsi résolument tourné vers l'action : il

s'agit d'augmenter le nombre de bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C « à partir de l'outil de repérage commun aux différentes institutions qui servirait à mieux cibler la population et donc à être plus efficient et efficace au niveau de chaque organisme »¹⁵⁷.

A. Un enjeu de performance de l'accès à la complémentaire et de la gestion des droits

En ce sens, la vocation de la CPAM est de se servir de l'expérimentation pour renforcer sa performance en matière de gestion des prestations ciblées. La performance étant entendue comme l'augmentation, au niveau local, « des taux de recours par type de minima »¹⁵⁸. Dans ce cadre, la quantification du non-recours l'intéresse en tant qu'indicateur de suivi de l'accès aux droits. En ce qui concerne l'ACS, l'objectif quantitatif est calqué sur celui proposé nationalement par la DSS. La CPAM souhaite doubler, au cours de l'année 2007, le nombre d'attestations ACS délivrées en son sein. S'agissant de la CMU-C, aucune perspective chiffrée n'est affichée ; il est d'ailleurs assez clair que l'enjeu se concentre sur l'aide à la mutualisation, comme en témoigne cet extrait du cahier des charges :

*« La CPAM doit définir des indicateurs locaux relatifs au pourcentage d'évolution du nombre de bénéficiaires couverts par une protection complémentaire [ainsi qu'] au nombre de refus notifiés et ventilés par motifs ; sachant qu'il serait souhaitable que ces indicateurs se rapprochent le plus possible des objectifs nationaux, en particulier pour l'ACS »*¹⁵⁹.

On perçoit, à travers ces lignes, que les enjeux nationaux pèsent directement sur l'expérimentation locale et engendre déjà un détournement de son objet initial. L'élaboration de l'outil n'apparaît, en effet, que comme une étape pour intervenir auprès des personnes repérées en non-recours, selon des modalités sur lesquelles CPAM et CNAMTS semblent, en outre, avoir une idée très précise. Le cahier des charges annonce ainsi que « l'opération consiste essentiellement à mettre en place au sein du département de l'Isère des actions d'amélioration permettant aux personnes ne bénéficiant d'aucune protection complémentaire, d'accéder aux droits relatifs à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'Aide Complémentaire Santé (ACS) ».

¹⁵⁷ Extrait du cahier des charges de l'expérimentation rédigé fin 2006 par la CPAM et la section CMU-C de la CNAMTS.

¹⁵⁸ Idem.

¹⁵⁹ Idem.

Ceci, alors même que la mise en place d'actions est censée prendre forme à partir de la connaissance quantitative et qualitative produite sur le phénomène et faire, en outre, l'objet d'une contractualisation spécifique entre les acteurs. Au sein du cahier des charges en tout cas, l'objectif de connaissance et de compréhension du non-recours n'apparaît pas comme l'une des finalités du projet expérimental et n'est aucunement indiqué.

L'Assurance maladie explicite, en revanche, avec beaucoup de précisions les actions à mettre en oeuvre une fois les non-recourants identifiés. Elles « *doivent permettre le développement de la relation client et de l'accompagnement social pour les bénéficiaires potentiels de l'ACS plus souvent négligé que celui des bénéficiaires potentiels de la CMU-C* ». « *Une offre de services complète auprès des personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits* »¹⁶⁰ doit ainsi être mise en place, dans le cadre « *des offres attentionnées prenant en compte les situations de fragilité administrative, sociale ou médicale et l'objectif d'information et d'orientation au titre du parcours de soins, en particulier pour les populations les plus éloignées du système de santé* », ainsi que le suggère le point 2.3.2 du chapitre 2 la COG pour 2006-2009.

Dans ce cadre, il s'agit également de simplifier les procédures administratives et de « *retravailler les différents vecteurs d'informations* »¹⁶¹ afin de dénouer le sentiment de complexité et les incompréhensions jalonnant les parcours d'accès aux droits en matière de complémentaire gratuite et aidée. Le non-recours est ainsi pensé comme un prisme pour interroger certaines procédures de gestion de la Caisse et comme un levier pour déclencher des offres de services vers les assurés considérés par la branche comme « fragiles ».

Au sein du cahier des charges et au delà des actions propres à l'Assurance maladie, il est même évoqué la nécessité de créer « *un guichet unique permettant un accueil coordonné de proximité, assurant une complémentarité entre les différents intervenants administratifs et sociaux sur le plan local pour gérer les droits* ». Cette perspective surprend profondément, lorsqu'ils en prennent connaissance, la CAF et la CARSAT dans la mesure où la CPAM de Grenoble est d'ordinaire peu encline à s'engager dans des actions partenariales à long terme. Nous y reviendrons un peu plus loin.

¹⁶⁰ Extrait du cahier des charges CPAM/ CNAMTS.

¹⁶¹ Idem.

Une raison explique toutefois pourquoi la Caisse primaire veut trouver des relais pour renforcer l'effectivité des droits : la nécessité d'améliorer la performance de l'accès, sans cependant augmenter les budgets de fonctionnement alloués à la gestion de la CMU. Et c'est à travers une « mise en réseau » avec d'autres acteurs que la CPAM espère améliorer l'effectivité de ses dispositifs, tout en renforçant l'efficacité de leur gestion.

B. Un enjeu d'efficacité de la gestion des droits ciblés

A travers l'expérimentation, l'objectif de la CPAM est donc de travailler en lien avec d'autres acteurs, que ce soit au sein de la branche Maladie ou en dehors. Le partenariat prend déjà forme par « *la mutualisation [pour repérer le non-recours] des informations détenues par chacun des organismes* »¹⁶². Mais ce n'est pas suffisant car « *il doit aussi permettre d'apporter une réponse collective au problème* », selon les propos de M. Bussière, Sous directrice de l'Assurance maladie, lors de notre entretien en avril 2008. Une nouvelle fois le repérage du non-recours n'est qu'un point de départ et l'avenant au CPG relatif à l'expérimentation indique-t-il, ambitieusement, la nécessité de développer « *une politique partenariale fondée sur des objectifs et des besoins communs ou complémentaires* » pour amener « *une gestion globale de la personne et de ses droits à l'Assurance maladie en étant plus efficace* ».

Il s'agit, pour ce faire, de déployer « *une participation plus active des partenaires extérieurs dans la gestion des droits* » passant, en premier lieu, par la création « *d'un module de formation commun aux CPAM, CAF et service social de la CRAM afin de mieux coordonner les actions, module [qui] doit impérativement et prioritairement être développé sur l'ACS* »¹⁶³. La mise en commun des moyens d'information est aussi envisagée, tout comme la mise en place d'une pré-instruction des droits par les agents des CAF.

Pour la Direction de la CPAM, l'expérimentation « *ouvre une fenêtre et offre l'opportunité d'utiliser les ressources des organismes des autres branches* »¹⁶⁴ afin de limiter les dépenses de gestion de la CMU-C et de l'ACS. L'intérêt se porte en particulier sur la réduction « *des frais de personnel et des dépenses de l'Assurance maladie dans le cadre des campagnes pour*

¹⁶² Extrait de l'avenant au CPG de la CPAM de Grenoble signé fin 2006.

¹⁶³ Extrait de l'avenant au CPG de la CPAM de Grenoble signé fin 2006.

¹⁶⁴ Discussion avec Jean Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble, mars 2007.

informer les bénéficiaires potentiels de leurs droits »¹⁶⁵. Ainsi, travailler avec d'autres acteurs peut apparaître, à terme, comme un moyen de mutualiser les ressources humaines pour repérer et agir sur le non-recours et de limiter le nombre d'agents se consacrant à ces missions dans chaque organisme. Par la même, des campagnes d'information postales « partagées » peuvent induire des coûts financiers moindres pour chaque organisme, ceux-ci se répartissant entre les acteurs impliqués. Toujours dans l'objectif de renforcer l'efficacité de la gestion des droits CMU, le directeur de la Caisse primaire de Grenoble décide de travailler avec l'autre CPAM du département. Il impose ainsi l'intégration dans le projet expérimental de la Caisse primaire de Vienne, et par voie de conséquence l'implication de la seconde CAF implantée en Isère.

« Votre mission devra être menée en étroite collaboration avec la Caisse Primaire de Vienne. En effet, je souhaite expérimenter avec cette caisse des actions communes permettant de rendre un service homogène, efficace et efficient à l'ensemble des assurés du département de l'Isère. Je veux notamment relancer la communication sur tout le département, en mettant en commun des moyens et en fédérant les énergies ».

Extrait de la lettre de mission de la Sous-directrice de la CPAM de Grenoble, relative à l'expérimentation, rédigée par le Directeur général, novembre 2006.

En toile de fond de l'expérimentation relative au non-recours, se profile donc la question de la mutualisation des CPAM. Si l'idée peut paraître attractive et cohérente avec l'objectif d'amélioration de l'accès aux droits sur l'ensemble du département, l'expérimentation n'est, en réalité, qu'un prétexte pour engager la fusion d'une activité dans la perspective de l'incorporation de la CPAM de Vienne par la CPAM de Grenoble en 2010. Cette extension de l'expérimentation est imposée par Jean Peyrière, soutenus par la CNAMTS, et n'est à aucun moment discutée avec l'ODENORE et la CAF. Le directeur de la CPAM de Grenoble justifie ce choix en expliquant que *« la mutualisation des compétences et des actions relatives à l'accès aux droits CMUC/ ACS, au niveau du département, s'inscrit bien dans la double optique poursuivie par la mutualisation des organismes au sein de l'Assurance maladie : l'amélioration du service rendu aux assurés et l'optimisation des moyens alloués à la branche »¹⁶⁶.*

¹⁶⁵ Extrait du cahier des charges de l'expérimentation rédigé par la CPAM et la CNAMTS fin 2006.

¹⁶⁶ Extrait de la lettre de mission de la Sous-directrice de la CPAM de Grenoble, relative à l'expérimentation, rédigée par le Directeur général, novembre 2006.

C. L'expérimentation comme prétexte à la mutualisation des CPAM

Gérard Arcega et Gilles Arzel, tous deux directeurs évaluateurs à la CNAMTS, expliquent que, dans une période de valorisation de la productivité et de maîtrise des dépenses publiques, le mouvement est clair au sein de la branche Maladie de la Sécurité sociale, comme dans les autres branches d'ailleurs : la tendance est au regroupement des organismes locaux (Arcega et Arzel, 2009). Ainsi, depuis 2004, afin d'améliorer la performance et l'efficacité du réseau des CPAM, les activités principales sont regroupées entre plusieurs organismes se trouvant sur un même territoire (Cargnello-Charles et Jaussaud, 2011). Ceci ne constitue que le point de départ pour, à terme, passer de 128 Caisses primaires à 101.

Le principe des rapprochements « *repose sur le découpage administratif actuel, les circonscriptions des caisses devant se calquer sur les départements* » (Arcega et Arzel, 2009). Au sein d'un même département, la CPAM gérant le plus grand nombre d'assurés et ayant le nombre de salariés le plus élevés a généralement un poids important dans les opérations de mutualisation, au détriment de la caisse de taille plus modeste. On parle d'ailleurs souvent de fusion, qui s'opère généralement dans le sens d'une intégration des petites caisses par les grandes. A l'instar de cela, si en 2006 il existe encore deux CPAM dans le département de l'Isère, elles doivent fusionner, à l'horizon 2010, pour devenir CPAM de l'Isère.

La méthode retenue par l'Assurance maladie pour effectuer ces regroupements « *mixe un pilotage central et une déconcentration des choix pratiques* », comme le soulignent Gérard Arcega et Gilles Arzel en 2009. Le processus de fusion s'organise, en effet, selon un calendrier imposé par la CNAMTS, mais les modalités pour y parvenir sont, en partie, laissées à l'appréciation des acteurs locaux. Les directeurs des CPAM élaborent et gèrent donc les projets en la matière. Dans le cas qui nous concerne, l'expérimentation constitue un prétexte, pour la direction de la Caisse primaire de Grenoble, pour amorcer le programme de mutualisation des organismes sur lequel les acteurs étatiques et la CNAMTS se sont accordés. Elle constitue un moyen pour tester la mise en commun d'activités relatives à la gestion de la CMU entre les deux CPAM et cela « *à bas bruit* »¹⁶⁷. La caisse de Vienne n'a, en l'occurrence, été que peu associée à cette décision d'intégration dans l'expérimentation, le projet ne lui ayant même jamais été explicitement exposé. A l'instar du poids des organismes

¹⁶⁷ Extrait de l'entretien mené avec Sylvain Larnaud, Attaché de direction à la CPAM de Vienne, chargé de participer au Comité de pilotage de l'expérimentation, mai 2008.

les plus importants dans les processus de mutualisation, le rapport de force entre les deux Caisses primaires en Isère est déséquilibré. Les relations ne sont pas nécessairement au beau fixe, surtout « *sur un sujet politique comme celui de la mutualisation, sujet qui induit des craintes s'agissant des ressources humaines par exemple* »¹⁶⁸.

A demi mot, l'attaché de direction de la CPAM de Vienne chargé de participer au Comité de pilotage de l'expérimentation, évoque les aspects politiques de la mutualisation des CPAM et les enjeux locaux soulevés par cette nouvelle forme de gouvernance. Selon lui, le lancement des projets inter caisses n'est pas nécessairement évident, voire est même souvent conflictuel. S'il signale son intérêt personnel pour l'expérimentation relative au non-recours, l'attaché de direction regrette de ne pas avoir été suffisamment associé à sa préparation, ce qui aurait pu permettre, selon lui, d'en comprendre plus précisément l'objet et les finalités. D'être aussi davantage force de proposition concernant les objectifs expérimentaux. Le projet rencontre, en outre, des réticences dans les services de la Caisse primaire de Vienne et l'attaché de direction « *peine à susciter l'adhésion* »¹⁶⁹, ceci d'autant plus que l'expérimentation est pilotée par la caisse de Grenoble. La crainte, à l'aube de la fusion des deux CPAM, est en effet réelle s'agissant des mouvements de personnels qui risquent d'en découler. Travailler en partenariat, dans ces conditions, n'est à l'évidence pas simple.

« Je suis intéressé par l'accès aux droits, et si on peut avancer sur la CMU. Mais la manière a été particulière, la décision de collaborer dans ce travail n'a pas fait l'objet de discussions. On n'a pas vraiment eu le choix, difficile de présenter le projet auprès de nos services... Forcément, il y a des inquiétudes, légitimes d'ailleurs, par rapport à l'avenir de la caisse ».

Entretien avec Sylvain Larnaud, Attaché de Direction à la CPAM de Vienne, mai 2008.

Alors que la CNAMTS a déjà décidé la mutualisation des deux CPAM du département à l'horizon 2010, chaque direction a tout intérêt à démontrer sa bonne volonté quant aux rapprochements des activités et sa capacité à impulser l'organisation mutuelle des activités. Faire la preuve de la qualité de ses procédures et de son efficacité dans les opérations de liquidation des droits constitue, en outre, des enjeux pour prendre la main sur la future

¹⁶⁸ Idem.

¹⁶⁹ Extrait de l'entretien mené avec Sylvain Larnaud, Attaché de direction à la CPAM de Vienne, chargé de participer au Comité de pilotage de l'expérimentation, mai 2008.

organisation commune du travail. Ces éléments expliquent certainement, en partie, le peu de concertation et l'imposition du projet par la CPAM de Grenoble.

Même si celle-ci est déjà dans une position de force, Jean Peyrière se saisit stratégiquement de l'expérimentation pour signaler le rôle moteur de sa Caisse primaire dans la mise en commun des activités de gestion des droits, au sein desquelles la gestion des prestations ciblées constitue un véritable enjeu pour l'avenir des CPAM. L'expérimentation semble donc être un moyen détourné de prendre le pilotage de la mutualisation, en ce qui concerne l'activité CMU, et d'imposer les prémisses de cette opération. On dépasse, de fait, largement le cadre expérimental fixé au sein de la Convention de collaboration scientifique. Le non-recours et l'expérimentation ne semblent être que des points de départ pour tisser la trame d'une gestion commune des prestations CMU-C et ACS, à l'heure où la recherche d'efficacité par la réduction des coûts de fonctionnement des organismes de Sécurité sociale occupe le devant de la scène.

L'objet initial de l'expérimentation se dilue, au gré des enjeux d'action à la fois nationaux et locaux, en fonction des orientations stratégiques de l'Assurance maladie aussi. Loin de s'en tenir à l'élaboration de l'outil de repérage et abordant à peine la connaissance du non-recours, le cahier des charges et l'avenant au CPG s'éloignent de la Convention de collaboration scientifique censée encadrer l'expérimentation. Il est difficile de distinguer d'ailleurs les objectifs émanant de la CPAM de ceux qui lui sont « dictés » par la CNAMTS. Celle-ci n'a pas souhaité participer au Comité de pilotage de l'expérimentation mais elle pilote néanmoins le projet en « sous-marin ». Objectifs locaux et nationaux se croisent, avec bien peu de transparence, se sédimentant les uns aux autres. Il est difficile de faire la part des choses entre ce qui se rattache pleinement à l'expérimentation, et ce qui n'est que prétexte pour poursuivre des directions générales prises dans le cadre de la gestion du risque maladie.

Le cas de la mutualisation n'est en effet qu'un exemple. Car l'expérimentation devient un prétexte pour mener également d'autres actions répondant à une stratégie propre de la branche. Ainsi, après identification des personnes en non-recours, la CPAM envisage de vérifier si elles ont déclaré un médecin traitant et, lorsque ce n'est pas le cas, de leur envoyer un courrier pour les informer de la nécessité de cette procédure. Comme nous l'avons précédemment expliqué, l'intégration dans le parcours de soins fait partie des objectifs prioritaires de l'Assurance maladie depuis la réforme de 2004.

Si la volonté d'augmenter le taux de déclaration de médecin traitant est compréhensible par les autres acteurs, ce type de décisions entraîne toutefois une instrumentalisation et une dilution progressive de l'expérimentation. Alors que l'identification des non-recourants a initialement vocation à permettre l'envoi de questionnaires et à constituer un échantillon pour effectuer des entretiens qualitatifs afin de comprendre le non-recours, le cahier des charges rédigé par l'Assurance maladie en fait d'emblée une cible vers laquelle mettre en place des offres de services et diverses actions d'informations, parfois ne portant pas directement sur la CMU-C et l'ACS.

2.13 – Un enjeu individuel pour la sous-directrice de la CPAM

L'expérimentation se retrouve au croisement d'enjeux institutionnels multiples pour la CPAM. Cette dilution de l'objet expérimental et l'essaimage des objectifs est d'autant plus prégnante que, à côté des enjeux institutionnels, le projet revêt un enjeu individuel pour la sous directrice de la CPAM de Grenoble.

A. Un objectif d'évolution de carrière

A cette époque, la sous directrice a la volonté de progresser au sein de la Sécurité sociale et de passer un échelon supplémentaire dans le corps des agents de direction. Pour cela, il lui faut s'inscrire à un cycle de formation, dont l'un des objectifs est la conduite d'un projet dans l'organisme où elle est en fonction, répondant à un problème identifié et permettant d'améliorer concrètement la situation. Cet exercice qu'il convient d'appeler « une réalisation probante » a vocation à démontrer les qualités de l'agent de direction quant à la conduite de projets, tout en amenant la résolution de problématiques au sein des organismes de Sécurité sociale¹⁷⁰. La réalisation probante fait l'objet, au terme du cycle de formation, d'une présentation orale devant un jury présidé par un membre de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales (IGAS) et composé d'agents de direction des régimes généraux de la Sécurité sociale ainsi que des régimes indépendants et agricoles.

¹⁷⁰ Informations provenant de discussions avec Hugues Sanieel, qui participe régulièrement à des soutenances de réalisations probantes.

Le directeur de la CPAM de Grenoble sait que Michèle Bussière veut entreprendre ce cycle. Au sein des organismes de Sécurité sociale, les directeurs généraux ont un pouvoir sur la carrière des agents, notamment en les autorisant ou non à s'inscrire aux cycles de formation. Jusqu'alors, les conditions au sein de la caisse ne se prêtent pas, selon J. Peyrière, à la concrétisation de ce projet individuel : d'une part, il a fallu que la sous directrice prenne ses marques dans son nouveau poste -rappelons qu'elle ne l'occupe que depuis début 2006 et qu'elle était auparavant Fondé de pouvoir-, d'autre part, aucun projet d'ampleur suffisamment importante pour donner lieu à une réalisation probante n'était envisagé. L'opportunité se présente donc avec l'expérimentation. La problématique du non-recours apparaît progressivement au directeur comme un objet potentiel pour conduire une réalisation probante. L'étude a montré une limite dans l'accès à la complémentaire au sein de la circonscription et le caractère opératoire du non-recours pour, possiblement, y remédier. Le problème identifié se situe, en outre, bien dans le champ d'activité de la sous direction Assurance maladie.

Parallèlement, le partenariat avec l'acteur scientifique et les acteurs administratifs laisse espérer à Jean Peyrière que M. Bussière ne consacre pas trop de temps à cette réalisation probante puisqu'elle peut bénéficier de l'expertise de l'ODENORE, de l'expérience d'Hugues Saniel dans la conduite de projets et de notre concours dans le cadre de la thèse :

« En travaillant avec des partenaires, on mutualise les ressources et ça repose moins uniquement sur le pilote. On ne peut pas faire que ça dans nos organismes, des projets de ce genre ».

Entretien avec Jean Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble, octobre 2007.

En superposant la réalisation probante à l'expérimentation, M. Bussière bénéficie ainsi des ressources humaines apportées par chacun des acteurs, mais également de leurs ressources financières puisque les acteurs administratifs co-financent le projet expérimental. La stratégie du directeur de la CPAM est claire : que la Sous directrice puisse effectuer son cycle de formation et mener un projet d'envergure, sans que cela constitue une charge financière ou de travail trop importante pour la CPAM. Ainsi, conçoit-il une mission pour la sous directrice dont voici les grandes lignes : *« dans le cadre du cycle de formation des agents de direction de la deuxième section et de l'obligation de mettre en place dans ce cadre une réalisation probante, vous êtes chargée au sein de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble,*

d'assurer la conduite d'un projet visant à faire accéder à la CMU-C ou à l'ACS, l'ensemble de la population pouvant en bénéficier »¹⁷¹.

B. Un enjeu de généralisation de l'expérimentation

Compte tenu de l'importance de cette mission pour la réussite du cycle de formation de la Sous directrice et afin de lui donner un cadre institutionnel, la réalisation probante fait l'objet d'une proposition d'engagement dans un avenant au Contrat pluriannuel de gestion (CPG) de la CPAM. Rappelons que le CPG, déclinaison locale de la COG pour chaque Caisse primaire, explicite les objectifs sur lesquels chaque organisme souhaite s'investir en particulier sur la période pluriannuelle et les moyens choisis pour les atteindre. Les CPAM disposent ainsi d'une marge de manœuvre, visant notamment à les responsabiliser quant à l'amélioration de la performance de la gestion des produits administratifs. C'est précisément dans ce cadre que la CPAM rédige l'avenant, institutionnalisant l'expérimentation et l'inscrivant comme un axe stratégique de sa politique de gestion du risque.

Il est soumis à la CNAMTS et rapidement approuvé par celle-ci. Cette approbation peut, en l'occurrence, s'expliquer par le fait que la signature d'un avenant oblige la CPAM à lui rendre régulièrement des comptes sur le déroulement du travail mené localement. Et la CNAMTS a introduit la possibilité de généraliser l'expérimentation si elle juge ses résultats pertinents ; entendons par là, si l'expérimentation permet d'augmenter les taux de recours à la CMU-C et plus particulièrement à l'ACS au cours de l'année 2007. Ainsi peut-on lire au sein de l'avenant signé fin 2006 que *« l'expérimentation faite au niveau du département de l'Isère pourrait être généralisée à l'ensemble du réseau des CPAM et permettrait qu'un travail homogène soit fait en terme d'auto diagnostic et de recherche d'informations au niveau institutionnel. Elle est aussi envisagée comme une contribution possible à l'amélioration des dispositifs de la CMU au plan national, principalement d'ailleurs s'agissant de l'ACS »*.

Michèle Bussière, pour s'assurer de la validation de sa réalisation probante, de son cycle de formation et donc d'une éventuelle progression de carrière, a bien entendu tout intérêt à ce que l'expérimentation soit généralisée à l'ensemble des CPAM en France. Cette disposition, négociée entre la direction de la Caisse primaire et la CNAMTS n'a cependant, une fois n'est pas coutume, pas été discutée avec les autres acteurs du projet, alors même qu'elle peut avoir

¹⁷¹ Extrait de la lettre de mission rédigée en novembre 2006 par le directeur de la CPAM.

des conséquences fortes pour chacun d'entre eux. Elle peut aussi impacter directement la temporalité de l'expérimentation. Elle travestit, en tout cas, définitivement le coeur du projet. Le fait que la CNAMTS conditionne la généralisation de l'expérimentation à une augmentation des taux de recours sur l'année 2007 ne fait que confirmer, qu'une fois les personnes en non-recours détectées par l'outil, la CPAM va mettre en oeuvre immédiatement des actions pour faire augmenter ces taux.

Du fait de la nature des acteurs engagés dans l'expérimentation, enjeux cognitifs et enjeux d'action se côtoient d'emblée, entraînant une ambiguïté et des incertitudes quant à la hiérarchisation des objectifs expérimentaux. Le non-recours semble devenir un prétexte pour avancer sur des orientations stratégiques de l'Assurance maladie, que ce soit la mutualisation des caisses locales ou le renforcement du parcours de soins pour certaines populations. Cette situation de flou est encore renforcée par l'existence d'enjeux propres aux relais informationnels que sont la CAF et la CARSAT. Certains sont communs, d'autres spécifiques à l'un ou l'autre de ces acteurs. Les parties prenantes de l'expérimentation ne cherchent pas à éclaircir le flou ni à lever les incertitudes, qui garantissent en quelque sorte l'avancement du projet. Pendant un temps en tout cas. Avant d'en dire plus sur ce dernier point, tentons de clarifier les enjeux propres aux relais ainsi que leurs objectifs par rapport au non-recours.

2.2 – Des enjeux propres aux relais informationnels : la négociation de contreparties

Pour repérer le non-recours à la CMU-C et à l'ACS, la CPAM a besoin de relais informationnels, nous l'avons dit. Si la CAF et la CARSAT acceptent de jouer ce rôle, ils ne veulent toutefois pas devenir de simples moyens pour la CPAM. « *Ils rendent service en tenant compte de leur propres intérêts et en moyennant des contreparties* » (Weick, 1969). Ceci d'autant plus qu'ils sont en situation de force au début de l'expérimentation, la CPAM étant dépendante de leurs informations sur les allocataires de minima sociaux. La demande n'est, de ce fait, pas en sens unique, de la CPAM vers les relais, mais prend plutôt la forme d'un mécanisme d'échange et d'influence (Weick, 1969).

2.21 - Se rapprocher de la CPAM

Une des raisons de s'investir dans l'expérimentation est commune à la CAF et à la CARSAT. Les deux organismes y voient une opportunité pour se rapprocher de la Caisse primaire de Grenoble. La volonté de la CPAM de travailler en partenariat sur le non-recours surprend la CAF et la CARSAT, plus habituées à un « *isolement certain dans le département* »¹⁷² de la Caisse primaire. Elle ne mène, selon Hugues Sanieel, que peu de projets collectifs, que ce soit avec la branche Famille ou avec d'autres acteurs locaux qui pourtant la sollicitent régulièrement.

« On peut parler d'un isolement de l'Assurance maladie dans le partenariat général en Isère, c'est notre constat à la CAF mais d'autres le font. Une fois d'ailleurs l'un des responsables du Conseil général nous a dit qu'il était près à travailler plus régulièrement avec la CPAM, ce qui n'était donc apparemment pas le cas ».

Entretien avec Hugues Sanieel, directeur des Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

Ce point de vue est partagé par Martine Dauchy, responsable du Service social du département de l'Isère à la CARSAT Rhône-Alpes et représentante du service dans l'expérimentation, qui signale la faible implication de la CPAM dans les groupes de travail interinstitutionnel. Même lorsque ceux-ci touchent directement ses missions ou des problématiques l'intéressant au plus près. M. Dauchy évoque, pour exemple, la participation très irrégulière de la CPAM au groupe de travail « Santé précarité », dont le Conseil général (CG) de l'Isère a pris l'initiative en 2004. En son sein, des acteurs administratifs et associatifs départementaux se retrouvent pour échanger et imaginer des actions communes visant à améliorer l'accès aux droits et aux soins des publics précaires. La Caisse primaire ne répond que rarement présente pour participer aux réunions du groupe et n'en est ni un élément moteur, ni un acteur principal. Alors même que la thématique touche le cœur de sa mission.

M. Dauchy évoque aussi, et c'est selon elle une conséquence de la faible ouverture vers l'environnement, la méconnaissance de la direction de la CPAM s'agissant des autres acteurs sociaux du département et l'éloignement, de plus en plus marqué, par rapport au réseau associatif s'investissant sur l'accès aux soins. Elle explique que la situation a pourtant été

¹⁷² Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.

différente par le passé, du fait notamment de la présence à la tête de la CPAM d'acteurs individuellement convaincus par la nécessité du travail partenarial pour renforcer l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires. Acteurs qui pouvaient, en outre, avoir une connaissance fine du réseau associatif. Elle revient ainsi plus spécifiquement sur le rôle joué par Gérard Dourgnon, l'ancien directeur adjoint de la CPAM, et sur les échanges informels qui existaient avec lui en la matière.

« L'une des caractéristiques de la Caisse primaire de Grenoble c'est qu'elle est très peu tournée vers le partenariat, bon probablement parce qu'ils sont débordés par des questions de gestion. Lorsqu'il arrive que l'on travaille ensemble, je me rends compte que la CPAM ne connaît absolument pas les autres, je suis un peu si vous voulez le médiateur entre la Caisse et le réseau de partenaires de terrain. Les choses évoluent, pas toujours dans le bon sens dans ce cas là. Car vous savez c'est aussi une histoire de personnes ».

Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.

Au regard du positionnement de la CPAM par rapport à son environnement institutionnel en 2006, la volonté de se coordonner avec d'autres acteurs apparaît ainsi surprenante. Nous l'avons dit, l'organisme n'a pas d'autres choix pour travailler sur le non-recours primaire. Le degré d'ouverture et de fermeture d'une organisation fluctuent ainsi, au gré des circonstances et des besoins en fonction des problèmes à traiter et des projets élaborés pour y répondre (Friedberg, 1993).

En ce sens, la poursuite du travail sur le non-recours impose à la CPAM une ouverture vers les autres organismes de Sécurité sociale locaux. Ouverture dont comptent bien profiter ceux-ci pour établir les bases d'un partenariat durable s'agissant de la gestion des droits sociaux ciblés. Les finalités de ce rapprochement diffèrent toutefois sensiblement pour la CAF et la CARSAT.

2.22 - L'identification des non-recourants, un levier potentiel d'action pour le Service social de la CARSAT

S'agissant de la CARSAT et plus précisément de son Service social et pour comprendre l'enjeu de sa participation à l'expérimentation, il est essentiel de revenir sur l'inscription institutionnelle et les liens organisationnels de ce service par rapport à l'Assurance maladie.

« Pour la petite histoire, le Service social de la CARSAT depuis sa création, les textes prévoient qu'il est logé dans les Caisses primaires. Et il y a beaucoup de caisses que ça enquiquine. Notre Service social, c'est compliqué pour la CPAM. Parce que pour eux, nous on est CARSAT. Mais pourtant, on relève bien des deux branches. Certains préféreraient qu'on soit ailleurs, c'est clair. Ça fait des coûts et, sans doute, qu'ils n'ont pas les budgets. Il n'empêche qu'on a des missions à assumer auprès des publics de l'Assurance maladie. La difficulté n'est pas la même partout, il y a des endroits où le lien entre Service social CARSAT et CPAM, ça fonctionne très bien. Et comme je le disais, ici aussi c'est évolutif. Bref, il faut quand même retenir que ce sont des liens qui ne sont pas évidents ».

Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.

A. Le Service social des CARSAT et l'Assurance maladie, une histoire complexe

L'Ordonnance du 4 octobre 1945, qui fonde la Sécurité sociale, prévoit la mise en place d'une politique d'Action sanitaire et sociale (ASS) par les organismes locaux agissant sur les différents risques, ainsi que la création d'un Service social transversal. A ce titre, celui-ci peut mener des actions auprès des publics concernés par les risques vieillesse et maladie. L'organisation de ce Service social est précisée par le décret du 8 juin 1946, instaurant notamment la distinction entre sa structuration régionale et son champ d'intervention départemental. Le décret du 5 avril 1968 confirme, quant à lui, explicitement la double appartenance du service aux branches Vieillesse et Maladie de la Sécurité sociale (Gros-Chauvin, 2005).

Dans ce cadre et du fait de son champ d'intervention départemental, le Service social a vocation à travailler avec les CPAM pour améliorer l'accès aux soins de leurs assurés, notamment dans le cas d'arrêts maladie de longue durée. Au delà de cela cependant, ses missions en matière d'Assurance maladie demeurent vagues, tout comme les conditions

concrètes de leur réalisation. Cela ne facilite ni les liens du Service social avec les services administratifs des Caisses primaires, ni la coordination avec leur politique d'Action sanitaire et sociale. En fonction des départements, les relations entre les deux entités existent plus ou moins ; elles demeurent toutefois généralement complexes.

Il faut attendre 1993 pour qu'une circulaire commune CNAMTS/ CNAVTS formule explicitement les missions du Service social et ses finalités dans trois grands domaines :

- l'accès aux soins et le droit à la santé des personnes en situation de précarité ;
- l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés pris en charge au titre d'un risque indemnisé par l'Assurance Maladie ;
- la prévention et le traitement de la dépendance des personnes âgées et/ou handicapées.

Cette circulaire est particulièrement intéressante : elle signale, en effet, le rôle du Service social concernant « *les personnes en situation de précarité* » et les « *sans droits sociaux* » (Gros-Chauvin, 2005). A côté des actions menées auprès du public traditionnel d'assurés de l'Assurance maladie, il s'agit de centrer l'attention sur les personnes précaires qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux droits maladie de base et complémentaire. Le rapprochement avec les CPAM est souhaité pour prendre en charge plus spécifiquement ces publics. Malgré cette clarification, les actions communes peinent à se mettre en œuvre sur le terrain. Elles dépendent, dans la plupart des cas, de la volonté et de l'investissement d'acteurs individuels en position de responsabilité au sein des CARSAT et des CPAM. Elles sont aussi dépendantes de l'organisation propre à chaque Caisse primaire, certaines ayant par exemple des travailleurs sociaux « *en interne, d'autres des psychologues au sein de cellules précarité* »¹⁷³.

« Ce qu'on peut dire à mon avis, c'est que la situation est aussi liée à l'histoire de chaque CPAM, enfin l'histoire c'est un grand mot. On a pu choisir des voies différentes pour prendre en charge les personnes démunies, précaires. Ici on a mis en place depuis longtemps une équipe pour traiter de ces situations, avec entre autres des psychologues. Ils sont là pour accompagner dans des cas complexes. Donc à partir de ça, les relations avec les travailleurs sociaux CARSAT s'organisent d'une certaine façon, qui n'est pas celle du voisin ».

Entretien avec Jean Loup Nicolai, responsable de la cellule précarité de la CPAM de Paris, avril 2009.

¹⁷³ Extrait de l'entretien avec Jean Loup Nicolai, responsable de la cellule précarité de la CPAM de Paris, avril 2009.

En 1999 et face à l'hétérogénéité des partenariats locaux, une lettre réseau de la CNAMTS souligne, à nouveau, la nécessaire complémentarité entre le Service social des CARSAT et les services administratifs des CPAM, s'agissant surtout du développement d'actions relatives à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. La création de la prestation apparaît comme une occasion pour tisser des partenariats autour d'un public clairement défini. En 2001, la rédaction d'une nouvelle circulaire est toutefois nécessaire. Relative aux missions et priorités du Service social des CARSAT en général, elle rappelle, en particulier, l'objectif de coordination institutionnelle avec l'Assurance maladie et le besoin de développer des partenariats extra institutionnels. Ceci afin d'apporter un traitement global aux situations individuelles et d'intervenir précocement face au risque de précarisation (Gros-Chauvin, 2005).

Depuis cette date, la CNAMTS définit des programmes nationaux d'actions pour le Service social des CARSAT, désignant les publics cibles auxquels il doit proposer des offres de service individuelles et/ou collectives. Ces programmes sont déclinés localement. Chaque Service social signe avec la Caisse primaire du territoire une convention dénommée Protocole local d'action concertée (PLAC). Son rôle en matière d'accès aux soins et ses missions dans la gestion locale du risque maladie sont précisés ; les objectifs nationaux de la COG Etat/CNAMTS sont ainsi territorialisés. Enfin, des indicateurs chiffrés sont définis et inscrits dans le PLAC, après discussion entre la CPAM et la CARSAT. Le Service social est notamment évalué sur les résultats relatifs à ces indicateurs.

La clarification des missions du Service social à travers une démarche de contractualisation et l'élaboration d'un suivi à partir d'indicateurs, tendent à rendre plus visible son champ d'action, et ses résultats, aux yeux des CPAM. Elles visent aussi à faciliter la mise en route de projets communs et à inscrire davantage son intervention dans les enjeux généraux de l'Assurance maladie. La coordination entre les acteurs arrive à s'organiser concrètement au sein de certains départements ; le Service social est alors pensé « *comme un véritable relais pour intervenir auprès des populations précaires rencontrant des problématiques d'accès aux soins, les interventions auprès des bénéficiaires de la CMU-C étant utiles pour évoquer des*

aspects sociaux que les services de production de la CPAM ne peuvent aborder faute de temps »¹⁷⁴.

Cependant, les liens sur le terrain peuvent aussi demeurer complexes et « *le Service social ne se sent souvent pas comme faisant partie à part entière de l'Assurance maladie* » (Gros-Chauvin, 2005). Les services administratifs des Caisses primaires et les travailleurs sociaux de la CARSAT ne trouvent pas toujours les modalités concrètes pour fonctionner ensemble de manière étroite, et ce même lorsque le Service social se trouve dans les locaux de la CPAM. Ce qui est par exemple le cas à Grenoble. Cette localisation peut, au contraire, être source de conflits, les CPAM jugeant bien souvent qu'elle représente un coût financier important.

B. L'expérimentation, un levier pour développer la complémentarité CPAM/CARSAT

« Pour l'aspect Assurance maladie, on a une mission depuis toujours c'est l'accès aux soins en général. Puis est arrivé l'accès aux droits... Et on s'est centré depuis maintenant 5, 6 ans sur le public des précaires avec notamment, à l'époque, la création de la CMU. Donc notre objectif c'est de faire en sorte que les personnes aient leurs droits maladie et toutes les actions nécessaires pour qu'elles utilisent ces droits et puissent se soigner. On a des objectifs chiffrés, par public, et c'est pour ça que c'est important de travailler avec la CPAM ».

Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.

En Isère, il a été convenu dans le PLAC 2005-2007 que le Service social rencontre, chaque année, 15% des nouveaux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Dans ce cadre, la CPAM doit lui signaler les ouvertures de droits ; point de départ afin que les travailleurs sociaux engagent des actions auprès des bénéficiaires entrant dans les dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée. Martine Dauchy explique, cependant, que la procédure de signalements fonctionne mal avec la CPAM de Grenoble, le partenariat rencontrant notamment des difficultés à s'organiser sur le plan technique.

En 2006, si les signalements ne sont plus faits « manuellement » par le service CMU, la méthode de collecte des fichiers informatiques n'est toujours pas stabilisée. Le Service social n'obtient donc que très irrégulièrement les signalements des nouveaux bénéficiaires CMU-C

¹⁷⁴ Extrait de l'entretien avec Eric Julien, responsable du Service précarité de la CPAM de Digne-les-Bains, octobre 2009.

et ACS de la part de la CPAM. Cette difficulté n'est pas propre à l'Isère ; début 2006, la CNAMTS a rappelé, par circulaire, aux CPAM leurs obligations envers les Services sociaux des CARSAT. Si la situation s'est régularisée dans la plupart des départements suite à ce rappel, les problèmes persistent parfois ; c'est notamment le cas en Isère.

« Je suis un peu effarée de constater qu'il y a des objectifs au mois de janvier et que les requêtes pour y répondre arrivent 6 mois plus tard... Je pense que c'est une volonté des Caisses primaires, si la Caisse primaire a vraiment la volonté de travailler avec le Service social sur ces questions, de collaborer ou pas. Dans la région, je me rends compte que des collègues d'autres caisses ont réussi à avoir les requêtes beaucoup plus tôt que nous. En plus, là on a des objectifs qui évoluent à la hausse. Pour conduire notre programme, on travaille principalement à partir des fichiers de bénéficiaires qui nous sont normalement communiqués par la CPAM et on fait des offres de services. Si on n'a pas régulièrement les fichiers... ».

Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.

A l'heure où les objectifs sont, en outre, revus à la hausse concernant les publics précaires auxquels le Service social doit faire une offre de service - c'est à dire leur proposer des services particuliers, entretiens en face à face ou téléphonique, les informer et les accompagner dans leurs démarches en matière d'accès aux soins, mettre en place des actions individuelles ou collectives sortantes en leur direction - Martine Dauchy s'inquiète du manque de collaboration de la CPAM et des répercussions sur l'évaluation de son service. Le volume de personnes rencontrées concernant la CMU-C et l'ACS, tout comme le déploiement des offres pour renforcer leur accès aux soins, sont nécessairement impactés par le faible investissement de la CPAM dans les procédures de signalements informatiques. En leur absence, les travailleurs sociaux ne disposent pas du point de contact avec leurs publics cibles. Le paradoxe est donc réel entre les objectifs fixés par la CPAM et son implication concrète pour permettre au Service social de les réaliser.

Dans ce contexte, celui-ci tente d'approcher les publics par d'autres moyens et de multiplier les possibilités de contact. Il essaie parallèlement de diversifier la nature de l'offre et les services proposés pour toucher le plus de personnes possible. D'autant que le public en situation de précarité, rencontrant des difficultés en matière de santé, ne vient pas nécessairement de lui-même vers la CARSAT. Parallèlement et selon Jacqueline Croizat,

Responsable régionale du Service social de la CARSAT Rhône Alpes, ce public ne répond que rarement aux propositions d'accompagnement qui lui sont faites. La participation aux informations collectives organisées pour apporter de l'information sur l'ACS est notamment très limitée. Selon elle, si le Service social est identifié comme un référent sur les problématiques liées au vieillissement ou s'agissant de l'accompagnement en cas d'arrêts maladie, cela semble moins le cas concernant la précarité et les conséquences potentielles sur l'accès aux soins.

« Sur l'accès aux soins, aux droits, on est vraiment en difficulté avec ce public des précaires parce que c'est un public qui ne vient pas spontanément. Le public qui vient plus volontiers à nous, ce sont les personnes en arrêt de travail et tout ce qui touche au volet maintien dans l'emploi. Et les difficultés suite à la perte de ressources en cas d'arrêt de travail. Vous savez, on n'est pas assez identifié « précarité » sur le terrain, les gens ne viennent pas ici pour ça. Le public des précaires, on est vraiment obligé de trouver d'autres méthodes pour le rencontrer. Les informations collectives pour les nouveaux bénéficiaires de l'ACS par exemple, c'est pas 10 % des invités qui viennent... Alors on essaie de trouver d'autres choses, des projets dans lesquels on peut s'inscrire, des groupes déjà constitués ».

Entretien avec Jacqueline Croizat, Responsable régionale du Service social de la CARSAT Rhône Alpes, octobre 2008.

A la lecture de ces mots, on comprend aisément que, pour la CARSAT, l'expérimentation sur le non-recours apparaisse comme une opportunité de réactiver, peut-être même d'activer, concrètement le partenariat avec la CPAM concernant les bénéficiaires effectifs ou potentiels de la CMU-C et de l'ACS. La perspective de travailler avec la Caisse primaire est pertinente, aux yeux de J. Croizat et M. Dauchy, pour « accéder » à certains publics et contourner la difficulté relative à l'irrégularité des signalements par la CPAM.

Les responsables du Service social se situent, en outre, dans deux temporalités différentes concernant l'expérimentation ; elles entrevoient la possibilité d'engager rapidement des offres de services auprès des personnes repérées en non-recours à leurs droits grâce au partage d'informations ; mais aussi les prémisses d'un partenariat durable, visant à penser les modalités de coordination auprès d'un public commun à la CPAM et au Service social de la CARSAT. Ce partenariat nécessite toutefois, selon elles, de bien comprendre les formes prises par le non-recours aux prestations ciblées de l'Assurance maladie, afin d'élaborer des actions

communes à partir de cette connaissance. Connaissance que le Service social pense pouvoir étayer à partir de l'expérience du non-recours que ses assistantes sociales ont acquise à travers leur pratique professionnelle. En ce sens, si la participation à l'expérimentation est surplombée par un enjeu d'action, l'enjeu cognitif est présent également, l'un et l'autre devant s'articuler pour élaborer des actions différentes de celles traditionnellement mises en œuvre par le Service social, actions en l'occurrence plus adaptées au public en situation de précarité.

« C'est vrai que l'on s'est dit que ça nous permettrait de travailler vraiment en collaboration sur la précarité avec la CPAM. Même si on a signé le PLAC, c'est dans le cadre de la Convention de collaboration scientifique que le Service social a été invité à participer à un début de partenariat. Madame Bussière nous a sollicités, ce qui est assez rare pour être souligné. Le non-recours aux droits, le service social est pourtant bien placé pour le voir dans ses pratiques... Ce sont des situations fréquentes pour une assistante sociale. Le rôle de l'AS quand elle rencontre quelqu'un, quel que soit le motif de la demande de l'assuré, c'est de balayer un peu toute la situation et de vérifier que la personne a bien ses droits. Pareil quand une personne vient nous demander une aide financière, avant de lui accorder une aide financière, il faut d'abord faire le tour des droits. C'est important pour nos différents publics. L'expérimentation pour nous, en fait, je crois que c'est un moyen de connaître autrement les précaires et de comprendre aussi les difficultés de la complémentaire maladie pour nos publics âgés ».

Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.

La perspective de travailler également sur des publics âgés intéresse, bien entendu, le Service social de la CARSAT qui œuvre auprès de cette population. Les services administratifs de l'institution gère, en effet, les prestations sociales contributives en matière de retraite et le Minimum vieillesse pour les personnes âgées se situant en dessous d'un plafond de ressources. La CARSAT accepte donc de mettre à disposition de la CPAM ses informations relatives aux bénéficiaires du Minimum vieillesse pour repérer le non-recours, en échange de la mise en place d'un partenariat durable concernant les signalements des non-recourants à la CMU-C et à l'ACS et les actions à mener pour les rapprocher de leurs droits.

La CARSAT a ainsi un intérêt direct à s'impliquer dans le partenariat. Revenons désormais sur le cas de la CAF de Grenoble. Quels sont ses objectifs par rapport à cette expéri-

mentation ? Pourquoi la CAF souhaite-t-elle s'investir ? Loin de n'être d'ailleurs « que » dans une position de relais informationnel, l'organisme participe pleinement, dès la première étude en 2006, aux travaux sur le non-recours à la CMU-C et s'investit fortement pour que l'expérimentation prenne concrètement forme. Enjeux institutionnel, enjeu individuel viennent ici une nouvelle fois se croiser dans une perspective extrêmement ambitieuse, nous allons le voir.

2.23 - La CAF : un enjeu d'usage des systèmes d'informations pour une gestion des droits partagée et proactive

Hugues Sanieel, directeur Etudes et informatique de la CAF de Grenoble, reconnaît qu'il y a « *une culture de l'accès aux droits au sein des CAF par rapport à la branche Maladie* »¹⁷⁵ car elles ont très tôt été confrontées à la gestion des prestations ciblées. La branche Famille a, par ailleurs, été la première à porter une attention au non-recours aux droits sociaux, participant à l'importation de la notion en France dans les années 1980 et à son appropriation dans les années 1990. Nous avons déjà eu l'occasion de le souligner. Le non-recours a ainsi fait l'objet de nombreux travaux pilotés par la CNAF. Mais ce mouvement général s'est progressivement atténué pour laisser place à des initiatives plus locales, certaines CAF choisissant de continuer à s'investir sur le sujet, percevant notamment le non-recours comme un moyen de faire évoluer les modalités de gestion des droits sociaux au sein, et entre, les organismes sociaux.

A. Une conviction personnelle quant au non-recours et à l'usage des outils informatiques

C'est le cas de la Caisse d'allocations de Grenoble pour laquelle la proximité géographique avec l'ODENORE joue très certainement. Nous avons souligné qu'elle travaille, depuis 2004, avec l'Observatoire pour outiller la détection du non-recours aux prestations familiales en mobilisant son système d'informations (ODENORE, 2004b). H. Sanieel est, en effet, à la fois convaincu de l'importance de prendre en compte le phénomène pour faire évoluer la gestion des droits sociaux et de l'utilité des outils informatiques pour mieux connaître et agir sur le non-recours.

¹⁷⁵ Extrait de l'entretien avec H. Sanieel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

Plus généralement, il fait partie des collaborateurs de la branche Famille « *qui s'approprient les potentialités des nouveaux outils informatiques avec appétit* » (Folliet, 2011) et qui veulent faire évoluer « *des architectures vieillissantes et des applications monolithiques peu souples* » pour renforcer la connaissance des publics et mettre en place des réponses nouvelles (Henrion et Lenière, 2011). H. Saniel a toutefois conscience que certaines techniques ne sont encore pas suffisamment maîtrisées au sein de la Sécurité sociale, comme le signale également Alain Folliet, directeur des systèmes d'informations de la CNAF, dans un numéro de la revue *Regards* consacré à la Sécurité sociale et aux outils informatiques. H. Saniel sait par la même que des opérations « *type marketing social* »¹⁷⁶, visant à traiter la masse d'information détenue par les organismes de Sécurité sociale, peuvent effrayer les agents et les publics des organismes.

Arrêtons-nous quelques instants sur le marketing social, inspiré des techniques utilisées par les entreprises privées : le docteur Bernard Salengro, Président de la Commission des systèmes d'informations de la CNAMTS explique qu'il consiste dans la mise en place, au sein des administrations publiques, « *de systèmes d'analyse multicanaux permettant de mieux connaître les publics, de dégager des segmentations clients pour améliorer le ciblage des campagnes sortantes et la mise en place d'actions personnalisées, de créer des fiches individuelles proposant aux agents une vision centralisée des informations, du profil et des comportements de chaque assuré* » (Salengro, 2011).

Selon le directeur des Etudes de la CAF de Grenoble, ce type d'utilisation des outils informatiques peut devenir le support d'une politique de gestion des droits sociaux, davantage proactive. Différentes techniques entrant dans le champ du marketing social peuvent, en outre, servir à mieux connaître les publics effectifs ou potentiels des organismes de Sécurité sociale, à renforcer leur accès aux droits et à éviter, ainsi, une précarisation accrue de situations individuelles. Une note d'analyse du Centre d'analyse stratégique (CAS), intitulée « *Fraude, indus, non-recours : comment faciliter le juste paiement des prestations sociales ?* » et parue en 2012, revient notamment sur la mobilisation de la technique du *datamining* dans une « *stratégie globale de paiement à bon droit* » (Hamel, 2012). La « *fouille de données* », en français, regroupe, selon le ministère du Budget impliqué dans le déploiement de ces techniques pour analyser les données des administrations fiscales et sociales, l'ensemble des

¹⁷⁶ Extrait de l'entretien avec H. Saniel, directeur des Etudes et de l'informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

technologies et des techniques susceptibles d'analyser et d'extraire des informations pertinentes à partir d'une masse de données (Ministère du budget, 2011).

Ainsi que le précise Alain Folliet, le *datamining* se distingue des traitements plus classiques de requête informatique, déjà mis en œuvre par les organismes de Sécurité sociale, par le grand nombre de données mises en jeu et par le caractère probabiliste des critères pris en compte (Folliet, 2011). Il peut, en ce sens et comme nous l'explique le directeur des Etudes de la CAF de Grenoble, aider à une compréhension fine des processus induisant des ruptures de droits et à l'élaboration de programmes de requêtes afin de déclencher des alertes lorsque de tels processus se réalisent.

« Il y a des compétences, des méthodes et des techniques qui ne sont pas encore tout à fait dans la panoplie de ce qu'on maîtrise à la Sécu. On est ici 2 ou 3 à les connaître mais c'est un peu spécifique à Grenoble. Des techniques pour utiliser mieux nos systèmes d'informations. De toute façon, on doit avancer dans des démarches de marketing social, j'ai pas honte du terme, en tout cas proactives, cela fait qu'on va mettre en évidence des besoins de connaissances des populations. C'est vachement riche ce qu'on connaît, on sait la composition de la famille, on sait les ressources, il y a une mine d'informations dans nos systèmes. C'est vrai que ça nous crée des obligations de gérer par le système d'informations, car on est sur de tels volumes. Il faut modéliser, référencer, mettre en place des programmes automatiques qui signalent des situations à risque. Mais à partir de ça, on peut informer ou si nécessaire faire intervenir les travailleurs sociaux. Demain, on n'aura plus les mêmes moyens humains, donc il faudra concentrer encore plus les efforts sur ceux qui ont le plus besoin. En fait l'idée pour moi c'est ça, de faire du datamining, anglicisme lié à l'informatique, littéralement c'est « fouille de données ». On peut imaginer des systèmes où on va aller un peu à la moissonneuse, descendre au fond de la mine, j'aime bien cette expression là. Bref, se dire que nos données elles sont représentatives, potentiellement elles peuvent nous dire des choses. Des choses sur des populations en général, sur des personnes en particulier. C'est un potentiel pour produire de la connaissance quoi. On écrit un programme ou une requête en disant « je veux tous ceux qui ont telles caractéristiques ou toutes les prestations pour lesquelles l'utilisation est passée par telles étapes ». On définit a priori ce qu'on veut, mais on peut aussi ne pas savoir forcément ce qu'on cherche et que ce soit plus itératif... Ensuite, les ordis sont quasiment capables tout seuls d'alerter sur les situations qu'on a programmées comme délicates ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

B. L'expérimentation pour tester la gestion des droits à partir des systèmes d'informations

L'expérimentation, qui prend forme localement autour du non-recours aux droits et qui a vocation à croiser des informations dématérialisées provenant de différentes branches de Sécurité sociale, offre une possibilité au directeur des Etudes de la CAF de tester certaines potentialités des systèmes d'informations administratifs. La perspective de procéder concrètement à l'élaboration d'un outil informatique de repérage du non-recours aiguise sa curiosité. H. Saniel pense ainsi pouvoir disposer d'un exemple pour démontrer l'apport de certaines techniques, à la gestion des droits sociaux par les organismes de Sécurité sociale, tout particulièrement dans un contexte de restriction budgétaire. Exemple utilisable, en premier lieu, pour attiser l'intérêt du Conseil d'administration (CA) de la CAF de Grenoble et imaginer localement un développement de pratiques de gestion des droits plus proactives et partagées dans les années à venir.

« C'est un truc dont je rêve un peu pour l'avenir de la CAF et de la Sécu. Déjà pour notre prochain plan de développement. J'ai présenté un dossier au Conseil d'administration, il y a déjà quelques années, pour voir un peu les réactions : mon idée c'était d'avoir cette démarche de dresser en gros des listes identifiant les ruptures de droit, les non-recours. Parce qu'on s'est rendu compte que, dans les ruptures de droit et les difficultés d'accès, il y a un processus. Donc on peut cibler les gens pour lesquels il y a des ruptures de droit. Et on l'a appliqué sur l'AAH : public effectivement plus en difficulté que la moyenne, l'AAH est donnée pour une durée limitée par la MDPH, 2 ans, 5 ans, 10 ans, ça peut aller jusqu'à 10 ans si vraiment le handicap est très lourd sans aucune chance de stabilisation dans les premières années. Par contre, le renouvellement, la fin du parcours, on est dans de la bureaucratie administrative tout ce qu'il y a de plus classique, c'est-à-dire que 5 ou 6 mois avant, la MDPH fait un signalement à la CAF pour dire « attention, ce dossier là rentre en phase de renouvellement ». Nous on envoie donc à l'utilisateur une nouvelle demande assez en avance et il a à bâtir un dossier à nouveau de A à Z. On peut le suivre et surtout on anticipe pour qu'il fasse les démarches nécessaires en temps et en heure. Sinon, quand on faisait pas ça, il y avait une rupture de droits au moment du renouvellement, juste parce que ça prend du temps. En fait, en identifiant ce type de choses, on peut anticiper pour éviter les ruptures. Bon c'est qu'un exemple, c'est micro mais c'est bien identifié. Aujourd'hui on a des dossiers qui

dorment, d'autres qui vivent ; pour tous ces dossiers, même ceux où il se passe rien, on doit être en capacité de se dire s'ils vont être en mauvaise posture dans 3 mois. Le datamining ce sont des techniques de repérage, de modélisation. De la même façon qu'on arrive aujourd'hui à avoir des cibles de contrôle, on aurait des cibles de non-recours. En interne de la CAF et avec les autres organismes ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

L'expérimentation peut, selon le directeur des Etudes de la CAF, être un exemple utilisable, en second lieu, pour étayer des réflexions menées au niveau national. Le directeur des Etudes participe, en effet, au groupe de travail mis en place par la Direction de la sécurité sociale (DSS), concernant le projet de Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) (encadré 18). Dans ce cadre, l'expérimentation peut lui permettre de disposer d'une illustration opérationnelle du partage d'informations inter branches et de pointer empiriquement les obstacles techniques qui subsistent. Il sait que la direction ministérielle travaille par *benchmarking* et repère les expériences probantes provenant des organismes locaux de protection sociale. Avec l'expérimentation, il veut être en capacité de montrer que le croisement d'informations sur les publics peut servir la recherche de droits potentiels et le repérage du non-recours, et non uniquement la détection des situations frauduleuses. Car la constitution du RNCPS est en effet principalement surplombée par la volonté de lutter contre la fraude aux prestations sociales (Revil, 2012).

Encadré 18

Le Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)

C'est un amendement des députés Morange, Door et Dubernard à la LFSS de 2007 qui annonce la création du RNCPS. Ce répertoire nominatif doit permettre l'accès, par un identifiant commun, à toutes les informations individuelles sur une personne qui a déjà bénéficié de la Sécurité sociale (Ravoux et Rebouillat, 2011). A côté des travaux sur les systèmes informatiques, par organismes, et la constitution, par branches, de grandes bases nationales par branche, le RNCPS fait partie des projets transversaux qui voient le jour sous l'impulsion de la DSS afin de construire une gouvernance accrue des données de la Sécurité sociale en assurant la convergence et la mutualisation des systèmes. Ce projet doit permettre des échanges d'informations en masse alors qu'auparavant les échanges n'étaient envisageables qu'au cas par cas (Ministère du Budget, 2011). Le RNCPS a vocation à améliorer le traçage des individus et à repérer les cas de fraudes aux prestations sociales (Salengro, 2011). Il s'agit aussi d'aller vers une facilitation du service pour les assurés, notamment par la délivrance unique des pièces justificatives aux organismes de Sécurité sociale et le regroupement des informations relatives aux personnes au sein du Répertoire.

Source : *L'informatique au service de la Sécurité sociale*, Revue *Regards*, EN3S, n°40, juillet 2011

Afin de « nourrir » le projet de RNCPS, l'un des objectifs du directeur des Etudes de la CAF par rapport à l'expérimentation est de cerner précisément les incohérences entre bases de données au moment des croisements de fichiers, incohérences relatives notamment aux divergences d'identification des personnes par la CAF et la CPAM et à la qualité des informations détenues par chaque organisme. L'expérimentation peut, par la même, contribuer à « nettoyer » et à actualiser les bases de données de la CAF. Dans l'optique de la création du RNCPS en effet, les branches de Sécurité sociale ont reçu pour consigne d'assainir et de fiabiliser leurs bases de données. La branche Famille engage les transformations, en 2006, avec la construction d'un Référentiel national des bénéficiaires (RNB) visant à assurer, au niveau national, la fiabilité des données relatives à chaque allocataire des Caisses d'allocations (Hamel, 2009). A coté de ce chantier, toutes les opérations qui peuvent contribuer à solidifier la qualité des bases de données sont les bienvenues.

« [L'expérimentation] *c'est une belle opportunité pour faire du ménage dans nos fichiers respectifs dans la perspective de la mise en commun de nos infos. On le voit bien avec le test sur RMI/ CMU-C que le point fort de notre démarche, c'est de mettre en connexion des systèmes d'informations. C'est intéressant car au niveau national, il y a un projet : alors c'est*

le RNCPS pour Répertoire National Commun de la Protection Sociale (...). Dans cette optique, tu comprends bien qu'il faut que chaque branche de Sécu fasse un peu le ménage dans ses bases de données, on en est là. Le travail de recoupement de données dans le cadre de l'expérimentation, c'est un bon moyen. Et c'est un bon moyen pour montrer que la mise en commun des informations ça peut servir à autre chose que la fraude, parce qu'à l'heure actuelle la création du RNCPS, c'est plutôt pour renforcer encore la lutte contre la fraude, par exemple repérer les doublons, les personnes qui demanderaient une prestation à deux endroits, ou qui ne déclareraient pas du tout les mêmes ressources à plusieurs organismes ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

On l'a compris, la CAF, à travers un acteur individuel plus particulièrement, s'intéresse aux aspects techniques de l'expérimentation et aux enseignements à en tirer dans le cadre d'une stratégie institutionnelle axée sur le déploiement des systèmes d'informations et de leurs usages dans la gestion des droits sociaux. Le projet apparaît, en ce sens, comme un exemple concret de l'évolution des services publics en fonction du champ des possibles qu'offre la société informationnelle (Castells, 1998). C'est une forte conviction individuelle qui guide l'investissement de la CAF de Grenoble. Le directeur des Etudes explique avoir sur ces questions une grande marge de manœuvre, la directrice générale de la caisse ne « *lui demandant que peu de comptes à partir du moment où elle est informée des projets* »¹⁷⁷. Pour H. Saniel, les enjeux ne sont toutefois ni uniquement personnels, ni exclusivement techniques.

Bien au contraire et ainsi que le suggère aussi la CARSAT, l'expérimentation peut participer d'un mouvement plus général de transformation de la gestion des droits sociaux. Nationalement pourquoi pas, localement en premier lieu. L'implication des relais informationnels dépasse donc de loin la seule mise à disposition d'informations sur leurs publics. Elle est surplombée par la volonté de travailler les procédures de gestion des organismes et de créer une dynamique locale pour améliorer l'accès aux droits sociaux des personnes en difficulté. L'idée de rendre un service global au niveau du département est un horizon, certes lointain, et qui en tout cas ne peut reposer sur un professionnel unique, ni sur un organisme unilatéralement. Et qui nécessite d'utiliser autrement les systèmes d'informations administratifs ; leur mobilisation pour détecter et cibler les non-recourants semble être un point de départ pertinent pour engager le rapprochement des acteurs.

¹⁷⁷ Extrait de l'entretien avec Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

« Bon la mode est aux territoires (...). Ce qui est intéressant dans le territoire, c'est l'idée de la polyvalence des interventions et de la gestion des droits en interinstitutionnel. Peut être pas la polyvalence des professionnels en tant qu'individus, parce que personne ne peut trimbaler avec lui une connaissance de 3 métiers, de 7,8 postures... Par contre que chacun soit à l'affût et qu'il soit capable d'orienter, c'est ce que je trouve de bien dans les territoires. L'idée, c'est de faire ensemble, de savoir ce que fait l'autre et comment il le fait, à travers la mise à plat des procédures, pour passer le relais et ne pas se contenter d'ouvrir son droit... C'est là que la proximité est essentielle. Le système d'informations peut facilement servir de point de départ à cela par des signalements, des alertes... Ensuite le savoir-faire du travail social, il est à mon avis irremplaçable. A voir comment globalement, on fait évoluer notre culture et nos démarches. Il faudra peut être téléphoner aux gens, peut-être bien aussi aller les voir. Comme les moyens alloués seront, de toute façon, limités pour tout le monde et qu'on n'est plus dans l'idée de recréer un service de trente personnes qui va faire de l'accès aux droits sur le terrain, c'est là où l'idée c'est de sortir un peu de nos murs, de mobiliser les partenariats et le réseau, de mettre nos moyens en commun. L'expérimentation pour moi, il y a tout ça au bout ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Si l'expérimentation locale germe à partir d'une idée pionnière et *a priori* partagée, elle trouve aussi son fondement dans la dépendance informationnelle relative à la mise en visibilité du non-recours primaire. Les raisons de s'investir des acteurs, et par conséquent les objectifs poursuivis, sont multiples et ambigus. La nature des acteurs impliqués dans le projet aide à comprendre, en premier lieu, les différents types d'enjeux. Cognitifs mais aussi d'intervention sur ce qui, peu à peu, apparaît aux acteurs administratifs locaux, non pas uniquement comme un problème, mais bien comme un moyen d'agir auprès de certaines populations, en l'occurrence celles se trouvant dans une situation de fragilité financière par rapport à l'accès aux soins. Comme un moyen aussi de réfléchir aux procédures de gestion des droits et à leurs évolutions potentielles. Le curseur expérimental se déplace en fonction de

la nature mais également des missions de chacun des acteurs, de leurs temporalités, de leur obligation de résultats au cœur d'une action publique surplombée par le référentiel de la performance et de l'efficience.

La prise en compte de l'ACS dans l'expérimentation induit parallèlement une inscription du projet local dans des enjeux politiques nationaux forts, concernant la protection maladie complémentaire de ceux qui sont en marge de la CMU-C. Son élargissement à plusieurs minima sociaux, en entraînant l'intégration de nouveaux acteurs, entraîne l'addition de leurs d'objectifs spécifiques. Ceux-ci peuvent notamment être décryptés à partir des liens institutionnels entre les branches de Sécurité sociale et de leur traduction opérationnelle dans le département où émerge l'expérimentation. Enfin, et nous l'avons précédemment évoqué, si l'expérimentation prend forme par la collaboration d'acteurs collectifs, ce sont bien aussi des acteurs individuels qui en prennent les commandes. Avec eux, des motivations personnelles, des enjeux de carrière, des convictions quant à l'accès aux droits et une volonté de contribuer à l'évolution en la matière des organismes de Sécurité sociale.

A partir de l'idée initiale, le curseur des objectifs et enjeux expérimentaux se déplace mais ne se fixe pas précisément, d'autant moins dans un contexte encore largement incertain sur l'ampleur et la diversité des causes du non-recours à la CMU-C et, surtout, à l'ACS. Les acteurs semblent dans une perspective inflationniste par rapport aux attendus de l'expérimentation, qui aboutit à rendre flous ses contours. A côté de cela, ils ne sont pas nécessairement clairs sur leurs objectifs ; la Caisse primaire est par exemple tout à fait ambiguë s'agissant des liens avec la CNAMTS pour le suivi du projet et la perspective d'une généralisation. Les acteurs ne jouent pas franc-jeu et ne posent pas sur la table certaines de leurs cartes. L'incertitude, le flou et l'ambiguïté sont ainsi partie prenantes du projet, constituant même des gages de sa concrétisation.

Ses trois caractéristiques sont, en l'occurrence, souvent présentées comme essentielles lorsque l'action publique et les choix faits en son sein résultent de négociations impliquant plusieurs partenaires ; ainsi selon John March, « *plus une stratégie est floue et ambiguë, plus elle a de chances de rassembler un grand nombre de personnes ou de groupes qui pourront ainsi soutenir un même projet pour des raisons très différentes* » (March, 1991). L'incertitude et l'ambiguïté existent d'autant plus dans le cadre des expérimentations, qui ne craignent généralement pas de tirer partie du désordre pour promouvoir, par induction, quelque chose de

différent. La régulation par le flou du processus expérimental apparaît être une variable de l'institutionnalisation du non-recours en matière maladie. L'ambiguïté est fédératrice et permet aux logiques opportunistes des acteurs de se déployer, en parallèle, sans s'entrechoquer trop fortement. Le faisceau d'objectifs est à l'image de l'interdépendance des acteurs qui ont, en effet, momentanément besoin de l'implication des autres.

Le fait d'expérimenter suggère la possible reconfiguration des objectifs et l'affinage des stratégies en cours de route. La méthode même amène les parties prenantes à découvrir « pas à pas » de nouveaux buts, pour en laisser « tomber » certains autres (Lafore, 2010). Alors que certains enjeux sont mis de côté, d'autres s'imposent. Ce ne sont en outre pas toujours ceux qui paraissent évidents au départ. En ce sens, toutes les expérimentations sont peut-être condamnées à essaimer et à rater, peu ou prou, leur but initialement affiché ; *« les acteurs impliqués font [en effet] rarement ce qu'ils ont dit qu'ils voulaient faire et font un peu ou beaucoup autre chose, voire le contraire de ce qui était envisagé, ce qui n'est d'ailleurs pas forcément pire »* (Grelley, 2012).

Dans ce contexte, l'essentiel est peut-être de comprendre ce qui fait que les expérimentations se concrétisent malgré tout, les formes qu'elles prennent effectivement et leur rôle dans les processus d'institutionnalisation des problèmes publics. Comment en effet les acteurs pluriels s'organisent-ils pour avancer sans accord sur les finalités, en poursuivant des ambitions parfois d'une ampleur tout à fait différente, sans perception des tenants et des aboutissants du projet pour ceux qui avancent à leurs côtés ? S'agissant du cas qui nous intéresse, l'incertitude est un gage pour avancer ; le flou, une condition pour ne pas prendre le risque d'une rupture qui anéantirait la possibilité d'outiller le non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée. Et c'est bien en fixant leur attention sur l'invention de l'outil que les acteurs poursuivent leur chemin commun et qu'ils vont faire un pas décisif dans l'institutionnalisation du non-recours en matière d'Assurance maladie.

Chapitre 8.

Outillage informatique, représentations du non-recours et hiérarchisation des enjeux expérimentaux

L'expérimentation locale relative au non-recours à la complémentaire, qui voit le jour suite à l'étude de l'ODENORE, agrège des intérêts multiples, surplombés par des enjeux de connaissance et d'action. L'ambiguïté des attentes de chacun des acteurs, la multiplicité des raisons de s'investir et le flou sur les finalités expérimentales apparaissent comme des conditions de sa mise en route. Pour autant, comment avancer concrètement dans ce contexte incertain ? Les acteurs vont se concentrer sur l'idée pionnière du projet, à savoir élaborer un outil informatique de quantification du non-recours à la complémentaire et de repérage des personnes concernées, à partir du partage d'informations entre organismes de Sécurité sociale. Il s'agit de traduire techniquement le double objectif de quantifier d'identifier individuellement les « non-recourants », afin de pouvoir les contacter. Ceci pour effectuer des enquêtes pour expliquer le non-recours et/ou pour engager des actions relatives à sa limitation. Sur ce dernier point, les choses ne sont pas tranchées, les enjeux pour les acteurs sont divergents, comme nous l'avons vu.

D'après le Larousse, « *un outil est un dispositif concret, fabriqué pour réaliser une opération déterminée ; un moyen pour mener à bien une activité* » (Larousse, 2012)<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/moyen>. En premier lieu donc, nous avons choisi d'utiliser le terme « outil » parce que l'élaboration de programmes informatiques au sein de l'expérimentation a bien une finalité utilitaire : l'outil envisagé est pensé comme un moyen pour connaître le non-recours, en outre sous plusieurs de ses aspects. En second lieu, notre choix d'utiliser ce terme tend à inscrire la réflexion dans une perspective sociologique de l'action publique relative aux instruments, perspective qui dépasse largement une approche utilitaire des dispositifs concrets.

Dans *Gouverner par les instruments*, Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès définissent les instruments comme des « *dispositifs techniques à vocation générique porteurs d'une conception concrète du rapport politique/ société et soutenus par une conception de la*

régulation » (Lascoumes et Le Galès, 2004). Ils expliquent, en outre, opérer une distinction « *entre des niveaux d'observation relatifs aux instruments, aux techniques et aux outils (...), l'instrument [étant] un type d'institution sociale, la technique un dispositif concret opérationnalisant l'instrument, l'outil un micro dispositif au sein d'une technique, par exemple une catégorie statistique, une équation calculant un indice* » (Lascoumes et Le Galès, 2004). Nous comprenons de cette distinction que les instruments englobent, ou sont constitués, de techniques et d'outils qui participent à faire d'eux des institutions sociales, c'est-à-dire « *des ensembles plus ou moins coordonnés de règles et de procédures qui gouvernent les interactions et les comportements d'acteurs et d'organisations* » (North, 1990).

Dans cette perspective sociologique, si les outils ont bien toujours une ou des finalités utilitaires précises, ils disposent également de finalités en termes d'action publique (Pillon et Vatin, 2003). Ces finalités se construisent au cours de leur élaboration puis de leur perfectionnement, comme l'explique Philippe Bezès à propos du « Raisonement en masse salariale » (RMS), outil inventé dans les années 1960 pour calculer la masse salariale de la fonction publique en France (Bezès, 2004). P. Bezès souligne l'importance de revenir sur les controverses et les investissements multiples qui donnent progressivement au RMS une dimension stratégique forte. Il s'attache donc à analyser les « *façons de faire* » (Bezès, 2004) qui façonnent le « Raisonement en masse salariale », au moment de sa conception, puis de son déploiement.

Un outil ne se réduit donc pas à de la rationalité pure, il est pensé comme issu du travail des agents qui le conçoivent, des échanges et des rapports de pouvoir entre eux, des finalités qui lui sont initialement attribuées et des obstacles qui parsèment sa conception. Tout outil est ainsi le produit de conventions, lui donnant corps et participant, de ce fait, à orienter ses finalités pour l'action. Comme l'a montré Alain Desrosières, les outils statistiques peuvent tout particulièrement venir travailler l'action publique, parce qu'ils « *engendrent des réalités conventionnelles* » (Desrosières, 2008). Ils dessinent ainsi des représentations spécifiques des phénomènes sociaux, représentations qui, à leur tour, ont des effets propres (Lascoumes et Le Galès, 2004).

Dans le cadre de l'expérimentation qui nous intéresse ici, la perspective d'innover sur les outils laisse ouvert le champ des possibles quant aux finalités et aux enjeux du non-recours,

tout en donnant aux acteurs locaux un objectif intermédiaire partagé. Les travaux relatifs à l'instrumentation de l'action publique soulignent d'ailleurs que « *débattre des instruments peut être une manière de structurer un espace d'échanges à court terme, de négociations et d'accords, tout en laissant en touche les enjeux qui sont les plus problématiques* » (Lascoumes et Le Galès, 2004). Dans le cas de l'expérimentation relative non-recours, les discussions sur l'outillage, sur le « comment faire » permettent effectivement de préserver un espace d'échanges entre les acteurs et de contenir temporairement la coexistence d'enjeux multiples.

Dans ce chapitre, nous allons revenir sur la manière dont les acteurs locaux ont fabriqué l'outil, les rôles pris par chacun et les choix qu'ils ont du faire, et voir dans quelle mesure ces éléments ont une incidence sur la représentation du non-recours donnée *in fine* par cet outil informatique. Le moment de l'outillage est en effet particulier, à plusieurs titres, dans l'expérimentation : le pouvoir se distribue, non pas selon les règles fixées par la Convention de collaboration scientifique, mais en fonction des compétences des acteurs, de leur expertise relative au non-recours et de la détention de l'information nécessaire au repérage.

L'outillage vient, en outre, travailler le style bureaucratique de la CPAM, ses modes de faire organisationnels et ses structures hiérarchiques. Il nécessite un décroisement des services et un fonctionnement plus horizontal, laissant quelque peu de côté la supervision directe pour privilégier des mécanismes d'ajustement mutuels. Il vient, en particulier, travailler le positionnement des acteurs qui en sont les principaux artisans : les informaticiens et statisticiens des organismes de Sécurité sociale. Il leur demande de faire preuve d'initiatives et de créativité, alors qu'ils sont d'ordinaire plus habitués à être dans des positions d'exécutants (Revil, 2008a).

La place prise par les techniciens fait que leurs choix, quand il s'agit par exemple de dépasser certaines difficultés techniques, tout comme la pression qu'ils subissent parfois de leurs supérieurs pour accélérer l'informatisation du non-recours, sont importants : ils ont des conséquences sur les fonctionnalités de l'outil, et donc sur la représentation du non-recours projetée par celui-ci. Ils amènent, en outre, à exclure de cette représentation certains allocataires du RMI, de l'AAH et de l'API et donc à réduire l'ampleur du non-recours. Nous expliquerons cela dans le détail. L'outil permet néanmoins de mesurer, pour chaque minimum, des taux de non-recours primaire à la CMU-C et à l'ACS, et ce pour l'ensemble du

département de l'Isère, d'identifier individuellement chaque personne concernée et donc de dresser des listes de non-recourants.

Ces deux formes d'objectivation amènent les acteurs nationaux de la protection maladie à s'intéresser de près à l'outil émergent. La production de taux de non-recours à l'ACS -en l'occurrence élevés- attise, une nouvelle fois, les discussions sur la faible montée en charge de cette aide. La Direction de la sécurité sociale (DSS) a mis en place fin 2006, au regard notamment du taux de non-recours à l'ACS élaboré dans l'étude de l'IRTS et de ceux mesurés par le Fonds à partir de ses données, un groupe de travail pour évoquer les perspectives concernant le dispositif et les leviers pour renforcer son effectivité. Dans le cadre de ce groupe, des échanges s'engagent pour généraliser l'outil : puisqu'il permet l'identification des bénéficiaires de l'ACS, l'objectif de la DSS est de s'en servir comme support pour lancer des campagnes d'informations sur l'aide.

Au local, cet intérêt des acteurs nationaux induit des tensions concernant la hiérarchisation des enjeux expérimentaux. Peu à peu, les enjeux de connaissance qualitative du non-recours à la complémentaire aidée et gratuite sont mis sur la sellette, pour privilégier l'action auprès des seuls bénéficiaires potentiels de l'ACS. Cette position n'est toutefois pas celle de l'ensemble des acteurs de l'expérimentation. John March explique bien que, dans tout projet collectif, l'incertitude et l'ambiguïté ne sont tenables qu'un temps et que, lorsqu'un projet prend forme et que le flou commence à se lever, des désaccords apparaissent fréquemment entre les acteurs (March, 1991).

Au sein de ce chapitre, notre hypothèse est que le processus d'outillage informatique et l'outil élaboré *in fine* construisent une représentation particulière du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée. Celle-ci entraîne une volonté de la DSS et de la CNAMTS de se saisir de l'outil pour agir en matière d'ACS, mettant en péril les enjeux locaux de connaissance qualitative du non-recours.

La première section du chapitre analyse la phase d'outillage, en s'intéressant à l'organisation du travail et au rôle joué par certains acteurs en particulier. Nous montrerons en prenant deux exemples concrets que la créativité et l'inventivité des informaticiens constituent la clef pour surmonter les principales difficultés techniques du repérage du non-recours à partir du recoupement d'informations administratives.

Dans une seconde section, nous montrerons que la représentation chiffrée du non-recours, même si elle est tronquée, et la possibilité qu'offre l'outil d'identifier individuellement des non-recourants intéressent les acteurs nationaux de la protection maladie, faisant surgir les enjeux nationaux relatifs à l'ACS, au cœur de l'expérimentation. La double objectivation du non-recours, redistribue les cartes au local avec des conséquences sur le rôle de chacun et sur la hiérarchisation des objectifs.

SECTION 1.

INFORMATISER LE NON-RECOURS A LA COMPLEMENTAIRE.

Pendant plusieurs mois, les acteurs locaux concentrent leur énergie sur l'élaboration de l'outil informatique de repérage du non-recours, passage obligé dans l'expérimentation. En son absence en effet, aucun des autres objectifs poursuivis par les acteurs ne peut se concrétiser, qu'ils soient cognitifs, tournés vers l'action, nationaux ou locaux. L'informatisation du non-recours est initialement engagée pour les prestations servies par la branche Famille de la Sécurité sociale. Dans la continuité de l'étude réalisée pour le Fonds CMU, il s'agit ainsi de repérer le non-recours pour les allocataires du RMI et d'étendre le processus à l'AAH et à l'API, nous l'avons expliqué dans le précédent chapitre. Comment l'outillage s'organise-t-il ? Qui sont les acteurs qui participent à cette étape ? Quels sont les obstacles techniques et organisationnels rencontrés, comment et dans quelle mesure sont-ils dépassés ?

Rappelons que le suivi de l'expérimentation se fait dans le cadre d'un Comité de pilotage. Il se compose de la sous directrice de la CPAM de Grenoble, du directeur des Etudes de la CAF de Grenoble - qui représente également la CAF de Vienne - , de l'attaché de direction de la CPAM de Vienne, de la responsable du Service social de l'Isère de la CARSAT Rhône Alpes, de l'attaché de direction de la CARSAT, de la chargée d'études et du responsable de l'ODENORE et de nous-même. Cette instance se réunit environ tous les deux mois pour discuter de l'avancée du projet, des directions à prendre, de la clarification éventuelle des objectifs et des résultats obtenus. La Convention de collaboration scientifique indique que le pilotage général de l'expérimentation est effectué par la sous directrice de la CPAM, tandis que le co-pilotage est assuré par l'attaché de direction de la CPAM de Vienne.

La mise en place d'un Comité technique n'est pas prévue par la Convention de collaboration. Initialement, le Comité de pilotage pense, en effet, agir directement avec les services des caisses concernés par la fabrication de l'outil. Pourtant, il s'avère rapidement indispensable de créer une instance pour assurer la réalisation du travail opérationnel. Instance qui puisse se réunir plus régulièrement que le Comité de pilotage et de manière moins formelle. Il s'agit ainsi de créer un espace d'échanges pour les agents des organismes de Sécurité sociale concernés par l'outillage. A dimension variable selon les moments et les besoins, le Comité technique se compose donc, au fil de l'informatisation, de membres du centre opérationnel

des organismes - agents des services juridique, réglementation et CMU -, du personnel fonctionnel - agents des services informatique et statistiques -, de membres de l'élément médian - responsable du service CMU et correspondants CNIL. Durant les premiers mois, le Comité technique concerne principalement la CPAM et la CAF, le travail concret avec la CARSAT ne démarrant que plus tard. Si cette instance est inter branche, elle associe aussi les acteurs scientifiques. Tout au long de l'outillage en effet, l'ODENORE et nous même effectuons la maîtrise d'œuvre, tandis que le directeur des Etudes de la CAF assure le pilotage « officieux » du Comité.

Des mécanismes d'ajustements informels organisent les relations entre l'ensemble de ces acteurs. Les interactions nécessaires à la conception de l'outil ne s'établissent effectivement pas, en premier lieu, à partir des liens hiérarchiques formels existant dans les organismes de Sécurité sociale, ni d'ailleurs à partir des règles fixées dans la Convention de collaboration scientifique. Afin d'avancer dans l'outillage, le pouvoir se distribue d'une part, en fonction des compétences répondant au mieux aux besoins et contraintes du repérage du non-recours et d'autre part, de la possession de la ressource informationnelle.

Au sein de toute expérimentation d'ailleurs, la structuration du partenariat et la détermination des obligations pour les différentes parties prenantes n'existent pas uniquement à travers un contrat, mais bien aussi par l'organisation de rapports informels entre les acteurs (Lafore, 2010). Ces rapports permettent l'avancement des projets, comme c'est ici le cas. Ils amènent aussi à transgresser certaines règles hiérarchiques et à modifier, temporairement, l'organisation du travail au sein des organismes sociaux.

1.1 - Quand l'outillage redistribue le pouvoir

Quels sont les éléments qui rendent possible le processus d'informatisation du non-recours ? Dans toute action collective, les acteurs règlent leur coopération en construisant des moyens qui leur permettent d'avancer ensemble et qui rendent l'action possible. La création du Comité technique apparaît comme l'un de ces moyens. Parallèlement, lorsque les acteurs ne sont pas nécessairement liés de manière formelle, hiérarchique, leurs relations s'organisent principalement à partir du pouvoir détenu par les uns et les autres. Dans le sillage de l'analyse stratégique, nous considérons que le pouvoir n'est pas un attribut, mais bien une relation

déséquilibrée impliquant l'échange et la négociation (Crozier et Friedberg, 1987). Cette relation est mouvante, elle est contextualisée et a toujours une finalité. En outre, et c'est important, la capacité d'action de celui qui détient temporairement le pouvoir, du fait de ressources particulières, a des conséquences sur les marges de manœuvre des autres acteurs. Autrement dit, les comportements de ces derniers dépendent du comportement de celui qui a le pouvoir ; il contrôle notamment leur possibilité d'atteindre des objectifs propres (Lafaye, 1996).

1.11 – Des ressources pour organiser les rapports de pouvoir

Le déroulement de l'expérimentation est structuré par des rapports de pouvoir, en lien avec les ressources détenues et mobilisées par chaque acteur, individuel ou institutionnel. Pour les sociologues des organisations, les ressources des acteurs publics s'articulent entre contrainte et légitimité (Bernoux, 1995). Leur absence ou leur présence, en tout cas le fait de pouvoir ou non en disposer, est un élément central de toute action organisée, dans la mesure où la répartition et la mobilisation des ressources induisent une légitimité accrue ou, au contraire, une contrainte forte pour les acteurs en présence. Comprendre les ressources à disposition et la manière dont elles sont mobilisées par les acteurs individuels ou collectifs devient alors nécessaire pour l'analyse.

Michel Crozier et Erhard Friedberg identifient quatre ressources du pouvoir : la compétence ou une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable, la maîtrise des relations avec l'environnement, la maîtrise de l'information et l'utilisation des règles organisationnelles, avec lesquelles jouent, de manière permanente, les acteurs qui sont amenés à collaborer (Crozier et Friedberg, 1992). Arrêtons-nous sur deux ressources qui nous intéressent ici plus particulièrement. En premier lieu sur les compétences : M. Crozier et E. Friedberg précisent que les « ressources humaines » constituent une des ressources principales pour asseoir le pouvoir au sein d'une action collective.

La légitimité pour un acteur de détenir une compétence que d'autres n'ont pas, pour une organisation d'avoir des agents mieux formés sur tel ou tel sujet ou activité est ainsi considérée comme un atout majeur pour déséquilibrer un rapport de pouvoir au profit de celui, ou ceux, qui détiennent cette ressource. A l'inverse, le manque de telles ou telles

qualifications spécifiques peut devenir une véritable contrainte pour mener à bien un projet nécessitant de disposer de cette compétence. Il peut, en outre, amener les organisations à faire appel à des compétences extérieures, en se tournant vers leur environnement proche en particulier. Mais également vers des acteurs de nature différente. On peut ainsi évoquer l'exemple de la sollicitation d'une expertise auprès d'un bureau d'études par une administration. Le premier détient du pouvoir parce qu'il apporte une connaissance, un savoir, une expérience qui fait défaut au sein de l'organisation.

En second lieu, intéressons-nous à la ressource « maîtrise de l'information », comme la dénomment les sociologues de l'action organisée. Cette maîtrise constitue une ressource majeure pour acquérir du pouvoir. En effet, il est rare, si ce n'est impossible, que l'ensemble des acteurs d'un projet collectif dispose du même niveau d'information ou d'une connaissance équivalente. Cette asymétrie est une clef utilisée par les acteurs « en position informée », pour imposer une contrainte aux autres acteurs et les placer dans une situation de dépendance. Les pratiques de rétention de l'information sont notamment fréquentes pour se procurer un avantage, surtout dans un contexte incertain (Knoepfel et al., 2006). De cela peut naître une relation de pouvoir. Sachant bien entendu que l'information se redistribue en permanence et que les asymétries informationnelles sont donc extrêmement mouvantes.

Dans *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Peter Knoepfel, Corinne Larrue et Frédéric Varone reviennent assez longuement sur la question de l'information, qu'ils nomment « *la ressource cognitive* ». Au sein de cet ouvrage, les auteurs listent, plus globalement, ce qu'ils considèrent être les ressources à disposition de tous les acteurs, qu'ils soient privés ou publics d'ailleurs, et proposent, en premier lieu, une définition de ce qu'ils entendent par ressources. A savoir « *un stock de matières premières dans lesquelles les acteurs puisent pour forger leurs actions* » (Knoepfel et al., 2006). Pour revenir à la ressource cognitive, ces auteurs pensent qu'elle est le fondement même de la capacité d'intervention des acteurs. Matière première à la fois nécessaire pour la définition du problème et la mise en place d'actions, elle est selon eux, et en référence à Jean Gustave Padioleau, « *constituée par les connaissances acquises relatives aux données techniques, sociales et politiques du problème collectif à résoudre* » (Padioleau, 1982).

On voit qu'ici la ressource cognitive dépasse la notion d'information pour englober, par exemple, la connaissance résultant de l'agrégation d'informations sur un problème. Les

auteurs soulignent d'ailleurs à quel point la connaissance est souvent chère à produire et à maintenir ; elle est, ainsi, un bien que l'on peut considérer comme rare tout en étant, de plus en plus, une ressource majeure dans l'organisation des actions collectives. « *Sa production, sa reproduction et sa diffusion demandent des efforts de mise en place et de gestion des systèmes d'informations de plus en plus sophistiqués et exigeant une qualification spécifique de la part des utilisateurs* » (Knoepfel et al., 2006).

Ceci est particulièrement vrai concernant le non-recours aux droits sociaux ; nous avons à plusieurs reprises dans ce travail évoqué le manque de connaissances s'agissant du phénomène, ainsi que la difficulté à accéder à des données permettant de produire cette connaissance. Ces constats sont d'ailleurs au cœur de l'expérimentation et nous allons voir, qu'en ce sens, la ressource cognitive, sa répartition, son accessibilité, mais aussi les capacités des acteurs à la traiter, constituent des clefs pour comprendre les rapports de pouvoir, en particulier au moment de l'outillage.

1.12 - Un pilote « officieux » aux commandes

Au sein de la Convention de collaboration scientifique, le pilotage de l'expérimentation est aux mains de la sous-directrice de la CPAM. Durant la phase technique cependant, une redistribution officieuse des rôles s'organise et le pouvoir se concentre dans les mains du directeur Etudes et informatiques de la CAF. Il prend les rennes du processus d'outillage du non-recours, amenant une mise en retrait temporaire de la sous-directrice. Ce qui d'ailleurs ne contrarie pas cette dernière outre mesure, puisque cela lui permet de continuer à mener l'ensemble des missions qui sont les siennes sans devoir consacrer trop de temps à l'expérimentation.

Qu'est ce qui explique, au-delà de ces considérations individuelles, la désignation et la légitimité de ce pilote officieux ? Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre précédent, le directeur des Etudes a un intérêt tout particulier pour les outils informatiques et possède une forte compétence en la matière. Au sein de la CAF de Grenoble, rappelons qu'il occupe, en l'occurrence, le poste de directeur des Etudes et de l'informatique. Son parcours professionnel dans plusieurs organismes locaux de Sécurité sociale l'a amené à acquérir une connaissance

importante des différents systèmes d'informations, de leurs potentialités et à réfléchir aux usages innovants dont ils peuvent faire l'objet.

A ce titre, H. Saniel fait partie des acteurs de référence dans les groupes de travail nationaux de la CNAF, portant sur les transformations institutionnelles et organisationnelles à partir des NTIC. Il a également acquis de l'expérience dans la conduite d'études et une certaine habitude des partenariats avec des acteurs scientifiques. Cela lui permet, en l'occurrence, de percevoir les enjeux propres à l'ODENORE, mais aussi son apport à l'expérimentation.

« Vous, vous êtes des spécialistes du non-recours, nous on a des idées qui nous viennent de nos expériences de terrain mais après c'est vous qui donnez l'objectivité, la caution pour la connaissance. Un questionnaire, nous on sait dire que ce serait bien de faire un questionnaire pour les bénéficiaires du RMI, pour savoir pourquoi ils n'ont pas de complémentaire et est-ce qu'ils en ont déjà eu une. Bon quand on a dit ça, on sait pas forcément le bâtir, ni si l'échantillon à 300 il est représentatif, et comment analyser... ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

S'agissant du non-recours aux droits, c'est H. Saniel qui, dès 2004, a pris contact avec l'ODENORE afin de réfléchir aux formes prises par le non-recours s'agissant des prestations familiales. Afin également d'expérimenter la construction de systèmes de requêtes informatiques. Du fait de ses compétences générales, de sa capacité à conduire des projets d'études partenariaux et de son expérience empirique sur le non-recours aux droits, le directeur des Etudes de la CAF s'impose comme l'acteur le plus à même de piloter les opérations d'outillage informatique du non-recours à la CMU-C et à l'ACS.

On retrouve la question des compétences et des qualifications mises en exergue par les sociologies des organisations. Ou plus largement, ce que d'autres nomment la « ressource interactive », entendue comme « *les attributs et caractéristiques individuels des acteurs en présence dont découlent des capacités à organiser les processus d'interaction informels* » (Knoepfel et al., 2006). Au cœur d'une expérimentation pour laquelle le flou relatif aux enjeux est prégnant, il apparaît ainsi nécessaire de placer le pilotage technique aux mains d'un acteur dont la légitimité n'est pas mise en doute par les autres acteurs (Loncle, 2010). De cette

légitimité découle, en effet, la capacité à coordonner les actions pour avancer, même dans un climat incertain et ambigu.

A côté de cela, c'est bien aussi la ressource cognitive qui organise les rapports de pouvoir au sein du processus d'outillage du non-recours, en induisant une asymétrie de positionnement entre les acteurs. Les relais informationnels, dont fait partie la CAF, sont en situation de force au démarrage de l'expérimentation. L'ensemble du processus de repérage du non-recours dépend des informations dont ils disposent. La CPAM est, quant à elle, en position de dépendance. Initialement par rapport à la CAF, avec laquelle les travaux s'engagent immédiatement sur le RMI. Concernant ce minima en effet, il n'est pas nécessaire de demander une autorisation à la CNIL puisque des accords préexistants encadrent les transferts dématérialisés de données entre branche famille et branche maladie (Revil, 2006). De ce fait, le processus d'outillage s'enclenche rapidement avec la branche Famille. C'est bien la possession de la ressource informationnelle par la CAF qui renforce le pouvoir d'Hugues Saniel. Son accord pour mettre à disposition les données et son investissement pour poser les jalons techniques du repérage constituent des points de départ incontournables pour l'expérimentation locale.

De manière générale au sein du projet, la possession de la ressource informationnelle par les acteurs administratifs crée une dépendance de l'ODENORE qui, sans accès à celle-ci, ne peut observer le non-recours. La dépendance n'est, toutefois, pas à sens unique car l'Observatoire dispose, en retour, d'autres ressources utiles aux acteurs administratifs. En particulier, il possède l'expertise du non-recours aux droits sociaux ; et dans une moindre mesure, la connaissance des systèmes d'informations de l'Assurance maladie, que nous avons acquise au cours de l'étude effectuée pour le Fonds CMU. On observe donc une dépendance réciproque entre les acteurs administratifs et scientifiques.

1.13 - L'acteur scientifique comme « maître d'œuvre »

Nous tenons avec l'ODENORE un rôle particulier dans l'expérimentation, plus précisément au moment de l'outillage du non-recours : celui de maître d'œuvre. Dans tout chantier, le maître d'œuvre est chargé de faire une synthèse des besoins du maître d'ouvrage et de les traduire en termes techniques, afin de les faire réaliser par les services et personnes qualifiés.

Il s'inscrit aussi entre les différents corps de métier, présents sur le chantier, pour créer les liens nécessaires à la continuité des opérations techniques. Lors de l'outillage du non-recours, notre rôle s'approche de celui d'un maître d'oeuvre : il s'agit de synthétiser les demandes des acteurs présents dans le Comité de pilotage -les maîtres d'ouvrage- et d'assurer leur traduction vers les statisticiens et informaticiens pour qu'ils les opérationnalisent. Parallèlement, il s'agit de coordonner les échanges entre les agents des différents services des caisses impliqués dans l'élaboration de l'outil.

« Quand on est dans du partenariat, c'est quand même un peu l'auberge espagnole donc il y a absolument besoin de quelqu'un qui soit porteur de l'unité du projet et prenne en charge la réalisation opérationnelle. Ce qu'on appelle la maîtrise d'œuvre dans le système d'informations ou dans le bâtiment. Il y en a qui disent « oui ce serait bien de construire une maison et qu'elle ait des grandes pièces et des petites pièces et qu'elle soit éclairée comme ça avec de l'énergie ». Mais il reste qu'il y a bien quelqu'un qui dit comment faire ça de façon opérationnelle ».

Entretien avec Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, juillet 2008.

A. Expertise relative au non-recours et connaissance des systèmes d'informations de la CPAM

Ici encore, il est utile de bien comprendre ce qui nous permet avec l'ODENORE de tenir ce rôle, ou plus exactement, pourquoi les autres acteurs nous reconnaissent ce rôle. Nous avons évoqué la nécessité pour les organisations de faire appel à des compétences externes lorsqu'elles n'en disposent pas en interne. Le recours à l'expertise participe de ce mouvement visant à aller chercher, en dehors des murs de l'organisation, des compétences particulières. *« Définie comme l'ensemble des savoirs mobilisés en vue de l'action, se trouvant ainsi à la croisée de la connaissance et de l'action, l'expertise est de plus en plus utilisée comme instrument de reconfiguration de l'action publique »* (Delmas, 2011). Souvent perçue comme un synonyme de « compétence », en particulier professionnelle (Trépos, 1996), l'expertise renvoie à la détention et à l'exploitation par certains acteurs de savoirs et savoir-faire.

Ceux que l'on qualifie d'experts sont censés fournir un avis scientifiquement et/ou techniquement fondé sur la question examinée. Ils occupent *« une position intermédiaire, entre le savoir et le pouvoir, la connaissance et l'action »* (Delmas, 2011). L'expert apporte ainsi une connaissance spécialisée, potentiel support à l'action en ce qui concerne des sujets

particulièrement pointus ou des problématiques peu maîtrisées par les organisations administratives. Connaissance que ces dernières peinent donc à créer en interne et qui, pourtant, devient de plus en plus indispensable au pilotage de leurs activités et à la réalisation de leurs missions.

Au sein de l'expérimentation, c'est bien l'expertise de l'ODENORE sur le non-recours et son observation qui lui donne, aux yeux des autres acteurs, une légitimité pour effectuer le lien entre les Comités et opérer une synthèse entre les demandes des acteurs administratifs. Après trois années de fonctionnement et la conduite de nombreux travaux, l'Observatoire se positionne à l'époque, progressivement, comme le spécialiste scientifique en France du non-recours aux droits. Aucune autre équipe de recherche ne travaille d'ailleurs spécifiquement, ni exclusivement, sur cette question. Parallèlement, le fait de conduire des travaux en lien avec des acteurs socio-économiques l'amène à disposer d'une connaissance fine des dispositifs et prestations mises en œuvre par ces acteurs, et plus globalement d'ailleurs de leurs activités, logiques et modes d'organisation du travail. En outre, le fait de procéder à la mise en visibilité du non-recours à partir de leurs ressources informationnelles entraîne une nécessaire prise en main de celles-ci. Comme cela a été le cas lors de l'étude pour le Fonds CMU, dans la mesure où nous n'avons pas eu de soutien des techniciens de la CPAM. Nous avons donc exploré, par nous-même, les systèmes d'informations et les outils utilisés par la caisse .

La légitimité de l'ODENORE pour réaliser la maîtrise d'œuvre provient donc de la mise en lien de trois éléments : une connaissance générale sur le non-recours et son observation ; une connaissance spécifique, notamment réglementaire, des dispositifs de la CMU ; une connaissance des systèmes d'informations et des outils de gestion des droits de la CPAM. La maîtrise d'œuvre se forge à la confluence de ces éléments, permettant aux scientifiques de procéder à une synthèse des objectifs stratégiques des membres du Comité de pilotage, pour ensuite déterminer les directions opérationnelles à prendre et coordonner leur mise en œuvre.

« L'ODENORE, et vous plus particulièrement, vous nous avez permis de nous poser de manière commune sur le non-recours. Entre institutions, il y a des choses qu'on ne se permet pas, se solliciter pour travailler ensemble par exemple... Je pense que vous avez contribué à poser des questions sur nos besoins communs, avec un regard extérieur pour en faire quelque chose de concret ».

Entretien avec Martine Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.

B. Coordonner les échanges informels, traduire les objectifs stratégiques

Outre la synthèse des objectifs stratégiques, la maîtrise d'œuvre consiste à coordonner la réalisation des opérations techniques nécessaires à l'élaboration de l'outil et qui impliquent des agents de plusieurs composantes de la CAF et de la CPAM. Informatiser le non-recours à la complémentaire nécessite, en effet, l'instauration d'un dialogue transversal aux différents organismes, mais également au sein de la CPAM. Ces formes de dialogue n'existent pas toujours en amont (Revil, 2012), surtout à la CPAM, organisation au style bureaucratique encore très présent comme nous l'avons expliqué. Les services demeurent cloisonnés les uns par rapport aux autres. La collaboration pour mener des projets transversaux et intégrer l'ensemble des dimensions d'un problème reste rare. La forte hiérarchisation oblige, en outre, chaque service à rendre des comptes de manière verticale, ce qui ne facilite pas les interactions plus horizontales et informelles (Mintzberg, 1987). Par la même, la fermeture de la CPAM par rapport à son environnement n'a pas habitué les agents de ses services à travailler au delà des murs institutionnels.

Le processus d'outillage du non-recours vient mettre à mal ces fonctionnements. Les services informatiques chargés de la partie purement technique ne peuvent, en effet, avancer sans travailler avec les services juridiques et les services de liquidation des droits CMU. Ceci est vrai en interne de la CPAM, mais aussi entre celle-ci et les relais informationnels. Les techniciens des différents organismes ne peuvent avancer, dans une démarche de partage de fichiers, sans se coordonner et réfléchir ensemble, par exemple sur le format informatique permettant de rendre les fichiers compatibles. L'un de nos échanges, en juin 2007, avec l'informaticien de la CPAM l'illustre :

JCT : Comment je vais savoir pour les formats de fichiers qu'ils vont nous transmettre ? Je connais pas bien de leur côté... Je ne sais pas s'il y aura beaucoup de travail de mise en conformité...

HR : On va faire une réunion avec le statisticien de la CAF, comme ça vous verrez les choses directement ensemble.

JCT : Toi tu seras là pour lui rappeler les attentes... un peu globales ? Parce que moi je ne pourrai pas le faire... Après, je me débrouille pour la partie technique ».

Discussion avec Jean Christophe Taussy, informaticien, CPAM de Grenoble, juin 2007.

Avec le non-recours, il s'agit ainsi de s'éloigner d'un fonctionnement en silo correspondant le plus souvent à des distinctions fonctionnelles, pour aller vers des liens plus informels. Ceux-ci sont particulièrement utiles au moment d'effectuer la demande d'autorisation à la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) pour pouvoir procéder aux échanges de données dématérialisées. Pour cette demande, éléments juridiques et techniques se mêlent, de manière à présenter les échanges d'informations envisagés, de préciser leur cadrage réglementaire et les enjeux s'agissant des bénéficiaires de minima sociaux. Dans l'optique de veiller au respect du droit à la vie privée, la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés fixe un cadre stricte, dans lequel l'utilisation des informations personnelles doit être réalisée, surtout lorsqu'il y a croisement de fichiers administratifs (Ministère du budget, 2011). Même si cette loi a été quelque peu allégée en 2004, prenant en compte les besoins des pouvoirs publics d'utiliser davantage les outils informatiques, elle reste néanmoins complexe et ne permet, en outre, pas toujours de cerner avec précision ce que l'on entend notamment par « interconnexion » de fichiers.

Afin de lever ce type d'ambiguïtés dans le cadre de l'expérimentation et de s'assurer d'un accord de la CNIL, les échanges entre les services juridiques, CMU et informatiques, et l'implication des correspondants CNIL présents dans chaque organisme de Sécurité sociale, sont incontournables. Pourtant, ils ne vont pas de soi et contredisent des fonctionnements inscrits de longue date dans les caisses.

« Tu comprends que ce n'est pas notre habitude de s'asseoir comme ça autour de la table avec les informaticiens. Ca ne nous arrive pas... On ne fait pas comme ça... Dans notre activité quotidienne, on n'a pas besoin ».

Discussion avec M. Kassiotis, responsable du service CMU, CPAM de Grenoble, juin 2007.

La maîtrise d'œuvre, opérée par l'acteur scientifique, permet ainsi de déconnecter temporairement des modes de faire et d'organiser le dialogue sur le non-recours entre des agents peu habitués à travailler ensemble. Elle se déploie *in fine* à travers l'exercice de traduction des demandes des pilotes « stratégiques » en procédures opérationnelles. En ce

sens, le Comité de pilotage dans son ensemble n'interagit jamais en direct avec les membres du Comité technique, l'acteur scientifique créant une interface. La traduction apparaît plus particulièrement nécessaire pour les techniciens de la CPAM. En effet, alors que le statisticien de la CAF a déjà travaillé sur le non-recours aux droits et qu'il échange régulièrement avec son directeur sur le projet expérimental, du côté de la CPAM l'opération est en revanche totalement nouvelle. Parallèlement, la sous directrice ne communique que très irrégulièrement avec les informaticiens sur l'expérimentation en général et ne leur demande jamais de lui faire remonter des informations sur leurs avancées techniques.

Dans ce cadre, la traduction par l'acteur scientifique constitue leur seul point d'appui pour inventer les protocoles informatiques permettant, tout à la fois, de quantifier et d'identifier le non-recours à la CMU-C et à l'ACS. Ceci d'autant plus qu'ils n'ont initialement été que peu informés des objectifs du projet expérimental par leur direction, qu'ils n'ont pas toujours une vision complète de ce que sont les dispositifs de la CMU et encore moins du non-recours. Dans ce contexte, il leur est difficile de percevoir les finalités de leur travail et donc de le réaliser techniquement, comme l'illustre bien cet extrait de discussion avec l'un des informaticiens de la CPAM :

« Là il faudrait m'en dire plus sur le projet... Et on peut aussi faire un point sur la CMU-C ? Tu sais, on peut travailler à la CPAM et ne pas être spécialiste de la CMU. Chacun son travail en fait (...) Mais ça commence à être difficile d'écrire les requêtes sans vraiment comprendre ce que la Direction veut faire. On n'a pas vraiment eu de réunions, en tout cas moi ».

Discussion avec Jean-Michel Taussy, informaticien à la CPAM de Grenoble, juillet 2007.

A travers la synthèse, la coordination puis la traduction par l'acteur scientifique, la convergence entre les attentes expérimentales tend à s'opérationnaliser en tenant compte des impératifs de la technique. Le moment de l'outillage du non-recours à la CMU-C et à l'ACS voit ainsi les rôles se redistribuer entre les acteurs engagés dans l'expérimentation. Il concentre le travail entre les mains du pilote officieux, le directeur des Etudes de la CAF, et du maître d'œuvre, l'acteur scientifique. Cette redistribution des rôles est un élément clef de l'avancée du processus, l'outillage informatique nécessitant, en effet, de faire appel à des compétences précises et de dépasser des fonctionnements administratifs traditionnels. Cette

« transgression » prend forme à travers la maîtrise d'œuvre que nous assurons avec l'ODENORE. L'opérationnalisation du recoupement d'informations entre les organismes des différentes branches de Sécurité sociale demande également de reconnaître à ceux qui en sont les principaux artisans - les informaticiens des caisses - un rôle de concepteur et de s'appuyer ainsi sur leur créativité.

1.2 - Les techniciens des caisses : artisans de l'outil

Une fois la traduction des objectifs effectuée, une autre condition de l'outillage du non-recours est bien la reconnaissance aux techniciens informatiques d'un rôle différent de celui qui est habituellement le leur. Ceci nous renvoie à une distinction traditionnelle entre des tâches administratives de conception et d'exécution (Chevallier, 1986). Si l'élaboration de l'outil les amène à interagir davantage avec d'autres services, à sortir aussi des murs de leurs caisses respectives, elle fait également appel à des compétences spécifiques de leur part, différentes de celles qu'ils mobilisent traditionnellement dans le cadre de leurs activités. A l'instar d'autres outils informatiques (Bezès, 2004), l'informatisation du non-recours bouge des lignes quant aux positionnements de ceux qui les conçoivent et aux compétences qu'ils doivent mettre à contribution.

1.21 - Un positionnement et des compétences à l'épreuve du non-recours

On peut considérer que les informaticiens se trouvent, dans les caisses de Sécurité sociale, le plus souvent en position d'exécutant. Cela évolue toutefois, à mesure que se renforce la nécessité d'utiliser différemment les systèmes d'informations pour gérer les risques. Par exemple, le technicien de la CAF, qui participe à l'expérimentation, se positionne, de manière générale, davantage dans un rôle de concepteur et d'analyste que ne le font les informaticiens de la CPAM. A l'instar de cet exemple, on sait que la distribution des rôles entre ceux qui pensent et ceux qui exécutent (Mintzberg, 1987), tout comme la formalisation des rapports hiérarchiques, sont très variables d'un organisme à un autre et d'une période à une autre. L'autorité ne se laisse en effet pas enfermer dans les textes, le caractère discrétionnaire des actions des agents est une réalité, le sommet stratégique ayant notamment besoin de s'appuyer sur l'expertise de l'élément médian pour effectuer certaines missions. En ce sens, toutes les décisions ne sont pas prises au sommet et les échelons inférieurs disposent d'une part d'autonomie pour prendre des initiatives.

De manière générale tout de même, cette part apparaît de plus en plus réduite, à mesure que l'on descend en deçà de l'élément médian, vers les unités de base des organismes, ce qu'Henry Mintzberg nomme, rappelons-le, le centre opérationnel (Mintzberg, 1987). A mesure également que l'on se déporte vers ce que le sociologue appelle le personnel fonctionnel, d'autres préférant l'expression de fonctions support (Ménard, 1995). Outre cette différence de dénomination, cette composante organisationnelle ne possède pas non plus de définition stricte. Elle concerne, généralement, un ensemble d'activités de gestion qui visent, dans tous les cas, le fonctionnement quotidien des organisations. Au sein des entreprises et des administrations, les « fonctions informatiques » participent des fonctions support, tout comme les ressources humaines, les achats, les secrétariats. En résumé, on peut dire que ces fonctions constituent « *le capital technique de support pour [que les organisations] met[tent] en œuvre leurs missions* » (Gadrey, 1992). Elles participent ainsi de la ressource interactive organisationnelle (Knoepfel et al., 2006).

A la CPAM de Grenoble, les agents du service informatique ne disposent pas vraiment de marges de manœuvre et prennent peu d'initiatives. Ils ont principalement pour mission de déployer, au niveau local, des outils informatiques créés par la direction des systèmes d'informations de la CNAMTS. La conception des outils et des systèmes « par le haut » les amène ainsi à s'occuper, principalement, de l'implantation effective à la CPAM. Cela ne valorise pas leur capacité de création, alors même qu'ils disposent pourtant, pour la plupart d'entre eux, d'une formation universitaire qui leur a apporté une telle compétence.

Ils assurent, parallèlement, le bon fonctionnement et la maintenance des applications informatiques, pour que les activités principales de la CPAM, notamment la production des remboursements de soins, puissent s'effectuer sans problèmes techniques. Dans ce cadre, ils répondent aux ordres qui leur sont donnés par la hiérarchie intermédiaire et par la direction. Les demandes de maintenance ou les interrogations quant aux outils informatiques des services de la CPAM transitent, en effet, par la direction générale qui les valide, avant de les transmettre aux services informatiques. Elles ne s'opèrent pas en direct ce qui est, là encore, représentatif du mode d'organisation et des rapports hiérarchiques à la CPAM de Grenoble.

Le processus d'outillage du non-recours à la CMU-C et à l'ACS bouscule le positionnement des informaticiens, les mettant en position de concepteurs. Il fait appel à leur créativité pour inventer, pas à pas, l'outil de repérage. Une fois les objectifs du Comité de pilotage explicités

par l'acteur scientifique, l'inventivité et la capacité d'innovation des informaticiens prennent le relais. Elles demeurent néanmoins bridées par la crainte persistante d'avancer en dehors d'instructions descendant de la hiérarchie, comme l'illustre cet extrait d'une discussion avec l'un des informaticiens, lorsque nous étions en train d'écrire les requêtes pour recouper les informations de la CAF avec celles de la CPAM :

« JCT : T'es sûre qu'on peut aller dans cette direction pour compter les individus ? M. Bussière ne m'en a pas parlé directement, et si elle n'est pas d'accord ?

HR : On en a parlé ensemble. Elle est d'accord si ça te permet d'avancer.

JCT : Bon bon. D'habitude elle n'aime pas qu'on prenne des décisions sans lui en parler et il faut toujours lui dire ce qu'on fait. C'est normal en même temps. Mais là, c'est vrai qu'elle passe par toi et elle s'intéresse pas à ce que je peux lui raconter ».

Discussion avec Jean-Michel Taussy, informaticien à la CPAM de Grenoble, juillet 2007.

Ces évolutions, mêmes temporaires, de positionnement et la mise en œuvre de compétences différentes ne se font ainsi pas sans interrogations, ni inquiétudes. Le fait d'agir en dehors d'ordres hiérarchiques explicites, tout comme celui de travailler en direct avec l'ODENORE, entraînent la crainte d'une mise en cause personnelle, si le travail ne correspond *in fine* pas aux attentes de la direction. A l'instar de cela, il n'est pas rare que l'intériorisation de l'ordre hiérarchique et la soumission à l'autorité amènent les agents à être réticents à prendre des initiatives et des responsabilités (Chevallier, 1986). « *La structuration très hiérarchisée empêche la responsabilisation des fonctionnaires qui travaillent à la base* », comme le souligne Peter Knoepfel en 2006. D'ailleurs, si l'absence de remontées directes d'informations vers la sous directrice ou le directeur, par les informaticiens, ne leur est pas immédiatement reprochée, elle l'est en revanche lorsque les relations entre les acteurs de l'expérimentation deviennent plus conflictuelles. Nous le verrons.

Malgré les réticences, la créativité des informaticiens, tout comme leurs initiatives, sont bien au cœur de l'outillage du non-recours à la CMU-C et à l'ACS. L'élaboration des programmes composant l'outil consiste en un travail de fourmis. La traduction opérationnelle de l'idée centrale de l'expérimentation rencontre de multiples obstacles techniques. Bien que certains aient été anticipés grâce à l'expérience test sur le RMI en 2006, la plupart se révèle au fur et à mesure de l'informatisation du non-recours. Ainsi, que ce soit du côté de la CAF ou de la

CPAM, « *les techniciens passent un temps considérable à bricoler de nouvelles bases ressources, à écrire les requêtes, à rendre compatibles des fichiers qui ne le sont initialement pas, à s'entendre sur des formats exploitables par les deux organismes* » (Revil, 2008a).

Il n'est d'ailleurs pas si rare qu'une invention cognitive, ou une idée novatrice émergeant dans l'esprit d'acteurs administratifs, oblige des techniciens à construire de nouvelles modalités de calcul ou des systèmes de requêtes innovants, de manière quelque peu « *bricolée et approximative* » (Bezès, 2004). Dans *Gouverner par les instruments*, Philippe Bezès fait ce constat concernant l'invention, dans les années 1960, du « Raisonement en masse salariale » (RMS). Il explique à quel point la construction de cet outil bouge des lignes quant aux positionnements de ceux qui le conçoivent et aux compétences qu'ils doivent mettre à contribution.

S'agissant du non-recours à la CMU-C et à l'ACS, les qualités de concepteurs des techniciens portent sur deux points en particulier : d'une part, la création par les techniciens des relais informationnels de nouvelles « bases ressources » pour identifier, avec suffisamment de précision, les bénéficiaires potentiels des dispositifs de l'Assurance maladie ; et d'autre part, la mise en conformité -ou concaténation- des fichiers fournis par les relais, afin de pouvoir les injecter dans la Base de données opérantes (BDO) de la CPAM. La concaténation est effectivement une étape essentielle lorsqu'il s'agit de rendre inter opérables des informations issues de plusieurs systèmes. Les informaticiens de l'Assurance maladie commencent d'ailleurs à effectuer de telles opérations également dans le cadre des partages de données avec les Organismes complémentaires (OC) (Salengro, 2011).

1.22 – La créativité pour construire une nouvelle « base ressources »

Arrêtons-nous, en premier lieu, sur la création des « base ressources » par la CAF. Avant toute chose, il est nécessaire de repartir d'un simple constat, explicité par le docteur Bernard Salengro, Président de la Commission des systèmes d'informations de la CNAMTS : « *les fichiers et bases de données sont conçus pour les besoins d'un utilisateur, afin que celui-ci puisse mener les missions qui lui sont assignées ; besoins qui ne correspondent pas forcément à ceux des autres organismes* » (Salengro, 2011). En ce sens, les missions originelles des CPAM ne nécessitent pas de disposer de données sur les ressources des assurés. Les remboursements des prestations de soins n'étant pas liés à des critères de revenus, les Caisses

primaires n'ont pas d'information sur ce point, excepté pour les personnes qui ont déjà demandé la CMU-C ou l'ACS. Cela explique que la CPAM ne puisse pas procéder au calcul des ressources et donc au repérage des bénéficiaires potentiels à partir de ses propres bases de données.

Concernant les allocataires du RMI, cette question n'est pas problématique, puisque l'ouverture du droit à la CMU-C ne demande pas de calculer leur niveau de ressources, ceux-ci y étant éligibles du fait de leur statut. Dans ce cadre, le travail à la CAF consiste essentiellement à déterminer les variables dont la CPAM a besoin pour identifier les allocataires du RMI au sein de son propre système d'informations. Les techniciens CAF extraient ensuite des bases de données l'ensemble des allocataires RMI et créent un fichier avec, pour chaque allocataire, la série de variables utiles pour la CPAM, relatives principalement à l'état civil et au statut matrimonial (encadré 19).

Encadré 19
Variables fournies par la CAF à la CPAM pour les allocataires du RMI

Sélection et extraction: ensemble des bénéficiaires RMI (non suspendus ou suspendus depuis moins d'un mois) et leur conjoint (lorsqu'ils sont à charge au sens du RMI) étant affiliés et ayant un avis RMI parmi AP : Accord Préfet, PR : Prorogation, RN : Renouvellement, PS : Poursuite.

Sont présents sur les CD transmis : deux fichiers en format texte (monsieur_rmi.txt et madame_rmi.txt) avec la structure suivante (à noter qu'il n'y a pas d'entête de colonne dans le fichier) :

NIR ; VALIDITE DU NIR ; NOM ; PRENOM ; DATE DE NAISSANCE (aaaammjj) ; PRESTATION ; NOM DE NAISSANCE ; MATRICULE ; ETUDIANT ; REGIME ;¹⁷⁸

Concernant la variable VALIDITE DU NIR : le NIR a été certifié seulement lorsque l'on trouve NIR CERTIFIE dans la colonne.

Concernant la variable ETUDIANT : elle prend la valeur 1 si la personne est étudiante, 0 sinon.

Source : extrait du protocole informatique déposé à l'Institut national de la propriété industrielle (INPI) par l'ODENORE, 2008.

¹⁷⁸ NIR : Numéro d'immatriculation au répertoire de l'INSEE, nous présenterons de manière approfondie le NIR dans les pages à venir. PRESTATION : type de prestations dont bénéficie l'allocataire à la CAF. MATRICULE : numéro d'allocataire à la CAF. REGIME : type de régimes de Sécurité sociale auquel l'allocataire CAF est affilié.

La question du calcul des ressources émerge avec l'extension de l'expérimentation à d'autres minima sociaux. Les allocataires de l'AAH, de l'API, de l'ASI et du Minimum vieillesse n'ont pas d'accès « automatique » à la CMU-C et à l'ACS, l'ouverture de ces droits étant conditionnée par un calcul de revenus effectué par les Caisses primaires. Aussi et afin de procéder à un repérage du non-recours le plus précis possible, le choix est fait par les expérimentateurs de calculer le montant des ressources pour chaque allocataire des minima précités : pour ce faire, ils veulent utiliser les informations relatives aux ressources détenues par la CAF, en tenant cependant compte des règles d'ouverture des droits CMU-C et ACS appliquées par les CPAM.

Bien que complexe à mettre en œuvre, l'objectif est que le montant de ressources calculé par les relais informationnels s'approche, au plus près, de celui qu'aurait déterminé le service CMU de la CPAM (Revil, 2008a). Ce faisant, la détection de l'éligibilité aux dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée pour chaque allocataire de minima est affinée ; la quantification et l'identification du non-recours apparaissent, par voie de conséquence, plus précises. Pour simplifier l'outillage, le choix aurait pu être fait de considérer que tous les allocataires des minima sociaux pris en compte dans l'expérimentation sont des bénéficiaires potentiels des prestations ciblées de la CPAM. Cela aurait évité de recréer une « base ressources » spécifique, mais aurait induit un ciblage de l'éligibilité nettement plus large et s'éloignant très certainement de la réalité.

La conception, l'automatisation des règles de calcul et la mise en œuvre opérationnelle de la nouvelle « base ressources » sont longues et fastidieuses. Plusieurs réunions sont nécessaires afin de déterminer, à partir de la réglementation de l'Assurance maladie, les éléments à intégrer dans le calcul des ressources. Sachant que doivent aussi être extraites des fichiers CAF les personnes qui relèvent, concernant leurs droits maladie, d'un autre régime que le régime général et qui ne sont, de ce fait, pas affiliées à la CPAM. Voici, en effet, un exemple concret pour comprendre la nécessité d'une concertation entre services et d'une traduction aux techniciens de la réglementation relative en l'occurrence à l'affiliation maladie.

La création de la base repose, ensuite, intégralement sur la créativité et l'ingéniosité du statisticien de la CAF (encadré 20). Tout est à imaginer pour automatiser le calcul de l'éligibilité ; cette étape de l'outillage est essentielle. Elle constitue le support de la suite du repérage du non-recours. En effet, une fois l'existence d'un droit potentiel à la CMU-C ou à

l'ACS établie, le relais informationnel transmet, sur CD-ROM sécurisé, les fichiers répertoriant les allocataires de minima sociaux potentiellement éligibles à la CPAM.

Encadré 20

Etapes de la préparation des fichiers par la CAF : l'exemple de l'AAH

1. Extraction des bases de données :

Bénéficiaires de l'AAH, Non bénéficiaires du RMI et allocataires affiliés

2. Calcul des ressources :

- Prise en compte des ressources annuelles (prendre N-2 quand on est sur le premier semestre et N-1 sinon) à l'exception des frais réels, des revenus des professions non salariées, des frais de garde et des cotisations volontaires de sécurité sociale
- Prise en compte des montants de prestations suivantes : AF, AAH, APE, API, ASF, CF, PAJECA et RMI (droits valorisés de M-1 multipliés par 12)
- Prise en compte des pensions demandées à l'allocataire au deuxième trimestre (montant mensuel multiplié par 12)
- Prise en compte d'un forfait logement si la personne perçoit de l'allocation logement (calculé en fonction du nombre de personnes au foyer).

3. Comparaison plafonds :

- Calcul du plafond CMU-C en fonction du nombre de personnes au foyer
- Calcul du plafond ACS en fonction du nombre de personnes au foyer
- Comparaison des ressources et des plafonds.

4. Création des fichiers pour envoi CPAM : (en format txt et fournis par CD ROM sécurisé)

- monsieur_AAH_ACS.txt
- madame_AAH_ACS.txt
- monsieur_AAH_CMUC.txt
- madame_AAH_CMUC.txt

Source : extrait du protocole informatique déposé à l'INPI par l'ODENORE, 2008.

1.23 – L'ingéniosité pour opérer les recoupements de données

Une fois les fichiers constitués et envoyés à la CPAM, ses informaticiens les « retravaillent » afin de pouvoir les injecter dans la BDO de la Caisse primaire, au sein de laquelle se trouvent les informations relatives à la complémentaire maladie. En théorie, cela peut paraître évident mais la réalité l'est nettement moins. « *Les différents fichiers informatiques ne sont [en effet] pas construits à partir des mêmes normes techniques et ne fonctionnent pas à partir des*

mêmes identifiants ; les règles de gestion et de conservation des données varient [en outre] considérablement » (Ministère du budget, 2011). Il faut plusieurs semaines de travail aux informaticiens pour élaborer le programme de mise en conformité, puis pour opérationnaliser les recoupements.

L'obstacle principal du partage d'information demeure la discordance des identifiants utilisés à la CAF et à la CPAM. On entend régulièrement parler de cette divergence, mais sans toujours être en capacité de se représenter concrètement ses conséquences. Lors du partage des fichiers pour l'expérimentation, elle s'avère redoutable. Elle empêche, en effet, de repérer immédiatement chaque allocataire de la branche Famille dans le système d'informations de l'Assurance maladie. L'identifiant mobilisé quotidiennement par les CAF est ce qu'elles nomment le numéro d'allocataire. Les CPAM travaillent, quant à elles, avec le Numéro d'inscription au répertoire (NIR) (Encadré 21).

Encadré 21 **Le NIR et ses usages**

Le NIR, numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), communément appelé numéro de Sécurité sociale est un numéro particulier car il est :

- signifiant : il est en effet composé d'une chaîne de caractères qui permettent de déterminer le sexe, le mois et l'année de naissance, et dans la majorité des cas, le département et la commune de naissance en France ou l'indication d'une naissance à l'étranger,
- unique et pérenne : un seul numéro est attribué à chaque individu, et ce dès sa naissance,
- *a priori* fiable : il est certifié par l'INSEE à partir des données d'état civil transmises par les mairies. Cette certification a été déléguée à la CNAVTS.

Ce NIR est l'identifiant principal mobilisé par les CPAM pour la gestion des droits maladie. Dans une doctrine de « cantonnement », la CNIL a privilégié l'usage par chaque sphère d'activité (fiscalité, police, éducation nationale...) d'identifiants sectoriels.

En revanche, le NIR ayant été utilisé dès l'origine dans le secteur de la Sécurité sociale, la CNIL a admis qu'il soit enregistré dans l'ensemble des organismes en relation avec ce secteur, tout en leur demandant de disposer d'un autre identifiant propre, par exemple pour la CAF le numéro d'allocataire.

Progressivement, le cercle des interlocuteurs des CPAM s'est élargi, par exemple à Pôle emploi pour assurer la continuité des droits aux chômeurs, et l'utilisation du NIR également. Dans la perspective de réaliser des recoupements d'informations inter administrations, cet élargissement continue, interrogeant le maintien du cantonnement du NIR à la seule sphère sociale et le périmètre de ce cantonnement.

Source : Conclusions de la CNIL sur l'utilisation du NIR en 2006 ; document de travail fourni par H. Saniel.

Dans la perspective des projets nationaux évoqués plus tôt dans ce travail, tel le Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), il devient peu à peu indispensable pour les organismes de Sécurité sociale de travailler à partir d'un seul et unique identifiant. On voit d'ailleurs, dans l'encadré relatif aux variables fournies par la CAF à la CPAM pour chacun de leurs allocataires, que le NIR fait partie de celles-ci. De plus en plus en effet, les CAF tentent d'intégrer dans leurs bases de données le NIR des bénéficiaires de prestations familiales. Elles sont autorisées par la CNIL à le récupérer ; elles ne le font néanmoins pas systématiquement car sa possession n'est pas une obligation pour mener leurs activités quotidiennes puisqu'elles travaillent préférentiellement avec le numéro d'allocataire.

Il faut dire que les débats concernant l'utilisation d'un identifiant unique, par l'ensemble des administrations et organismes sociaux, existent de longue date, surplombés par des interrogations sur les libertés publiques et la protection des données individuelles (Baudot, 2011). Très tôt, la création d'un numéro administratif d'identification unique a été envisagée. En 1936 déjà, au sein de son ouvrage *La mécanographie dans les administrations*, René Carmille prône un rapprochement des fichiers gérés par les divers acteurs administratifs français, par le biais d'identifiants communs, de façon à pouvoir apparier diverses informations et à ne pas s'enfermer dans des systèmes cloisonnés. Ce polytechnicien, contrôleur général des armées, crée sous l'Occupation le Service national des statistiques (SNS) qui devient l'INSEE en 1946. C'est d'ailleurs également lui qui instaure le numéro individuel devenu, à la Libération, le numéro d'inscription au répertoire, le NIR.

Dans les années 1970, le projet SAFARI¹⁷⁹ (Système automatisé pour les fichiers administratifs et le répertoire des individus) porté par le gouvernement, prévoit d'instituer un identifiant commun à toutes les administrations et organismes sociaux, pour connaître avec certitude chaque citoyen et pour interconnecter les fichiers administratifs. Dans un contexte d'interrogation concernant l'utilisation accrue des technologies de l'informatique et face à la crainte d'un fichage des populations, ce projet est abandonné. Il conduit néanmoins le gouvernement à instituer une commission auprès du Garde des sceaux, présidée par Bernard Chenot, haut fonctionnaire, alors vice président du Conseil d'Etat.

¹⁷⁹ La révélation de ce projet a été faite le 21 mars 1974 par le journal *Le Monde*, dans un article intitulé *SAFARI ou la chasse aux Français* rédigé par Philippe Boucher.

Cette commission est chargée de définir des mesures tendant à garantir le développement de l'informatique, dans des conditions respectant la vie privée, les libertés individuelles et les libertés publiques. Elle propose, notamment, de créer une autorité indépendante pour veiller à la protection des droits individuels. Le 6 janvier 1978, le Parlement vote la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés qui institue la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), autorité administrative indépendante qui veille à ce que l'informatique ne porte atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'Homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques¹⁸⁰.

Les années passent, les débats relatifs à la création d'un identifiant commun sont toujours présents. Mais dans un contexte où le partage d'informations entre administrations devient pour les pouvoirs publics un levier de la politique de lutte contre la fraude, le NIR commence toutefois à s'imposer comme l'identifiant à généraliser. En parallèle, un processus de certification de ce numéro se met en place pour renforcer la fiabilité de l'identification administrative de chaque personne en France et la solidité des échanges inter organismes (encadré 22). Dans ce contexte, la récupération des NIR par la branche Famille se développe mais elle n'est encore pas systématique. Par la même, les niveaux de certification des numéros connus par les CAF peuvent être très variables.

Encadré 22

La procédure de certification du NIR

L'organisme certificateur est la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), en charge du Système national de gestion de l'identité (SNGI). Ce système contient l'identification de tous les individus nés en France, ainsi que celles de toutes les personnes nées à l'étranger et relevant d'un régime d'assurance maladie. La CNAVTS a reçu délégation de l'INSEE pour mener à bien cette mission de certification, qui a vocation à fiabiliser les échanges entre l'ensemble des organismes utilisant désormais le NIR, dans l'optique notamment de la création du RNCPS. Ainsi lorsque la CAF- ou un autre organisme - récupère un NIR auprès d'un allocataire, elle fait une demande auprès de la CNAVTS pour vérifier l'identité de la personne. Si le NIR, le nom patronymique, la date de naissance et le sexe de l'allocataire sont identiques à la CAF et dans le SNGI, alors le NIR détenu par la CAF est certifié. Dans le cas inverse, la CNAVTS donne un niveau de certification et la CAF met en place un mécanisme de recherche de pièces d'état civil, plus ou moins fouillé, pour vérifier d'où vient la divergence d'identité. Désormais, une absence de certification du NIR dans le système d'informations d'un organisme bloque la plupart des procédures informatisées à destination de cette personne.

Source : entretien directeur des Etudes et de l'informatique CAF, juillet 2008 et site Internet CNAVTS.

¹⁸⁰ <http://www.cnil.fr/documentation/textes-fondateurs/>

Par conséquent, dans le cadre de l'outillage du non-recours, le NIR ne peut pas constituer la seule variable pour retrouver les allocataires de prestations familiales dans les fichiers CPAM, et ce d'autant plus lorsque le NIR n'est pas certifié (Revil, 2008a). Plusieurs variables -nom, date de naissance notamment- doivent obligatoirement être croisées afin d'assurer une identification fiable. Cette nécessaire multiplication des variables complexifie le travail des informaticiens, en accroissant les possibilités de divergences entre fichiers. Ainsi, si à la CAF une erreur orthographique a été faite dans le patronyme d'une personne, celle-ci ne peut être immédiatement identifiée par la CPAM, l'erreur provoquant un « rejet informatique ». La compréhension et la résolution de ces rejets demandent toute l'ingéniosité des informaticiens, afin de déterminer s'ils sont le résultat d'anomalies dans les requêtes ou d'inexactitudes dans l'identification des personnes au sein de l'une des bases de données.

L'élaboration de l'outil de repérage du non-recours donne ainsi empiriquement à voir les limites engendrées par une modernisation administrative qui s'est faite, organisation par organisation, ou, branche par branche, dans le cas de la Sécurité sociale (Warin, 2007). On comprend alors comment les problèmes de discontinuité de droits peuvent être engendrés par des dysfonctionnements informatiques. La modernisation unilatérale a, en effet, conduit à maintenir, si ce n'est à amplifier, le cloisonnement des systèmes informationnels, alors même que CAF et CPAM font partie d'une même institution. Les choix technologiques n'ont, ici comme ailleurs, « *pas été pensés (...) selon un besoin d'échange entre organisations voisines* » (Warin, 2007).

L'élaboration de l'outil de repérage donne, plus globalement, à voir les limites d'administrations, aussi bien territoriales que caisses de Sécurité sociale, qui peinent encore et toujours à décroisonner leurs fonctionnements et à créer de l'interdépendance. Ceci d'ailleurs, afin de moderniser non pas uniquement leurs procédures de gestion, mais bien aussi leurs rapports sociaux à l'environnement et aux administrés (Duran et Hérault, 1992). De plus en plus, « *la gestion des problèmes publics implique [pourtant, pour les organismes administratifs,] ouverture et souplesse, tant du point de vue de la répartition des tâches, que de l'aménagement des relations de travail* » (Duran et Hérault, 1992). La quantification et l'identification du non-recours à la complémentaire en sont un exemple.

Pendant plusieurs mois, les acteurs locaux se centrent donc sur l'outillage du non-recours à la CMU-C et à l'ACS pour dépasser ces limites. L'objectif de rendre opérationnel le repérage chiffré et individuel, à partir des informations administratives, occupe pleinement les esprits et concentre les énergies. La section que nous concluons illustre la complexité de l'exercice et la nécessité de dépasser les fonctionnements administratifs traditionnels, durant le temps de l'outillage en tout cas. La constitution d'un Comité technique crée un espace de dialogue centré exclusivement sur les moyens. En l'occurrence ici, sur l'outil informatique qui constitue le support potentiel pour la réalisation des autres finalités.

Progressivement, celui-ci prend forme. Les choix faits par le Comité technique, mais aussi par chaque technicien devant son poste informatique, ne sont pas anodins. Ils tracent peu à peu des contours au non-recours à la CMU-C et à l'ACS et donne une représentation particulière du non-recours et de ses enjeux. Certaines difficultés techniques, particulièrement ardues, obligent notamment à faire des choix méthodologiques catégoriques, qui impactent plus directement la représentation du non-recours, comme nous allons le voir dans la prochaine section.

SECTION 2.

REPRESENTATIONS DU NON-RECOURS ET ENJEUX EXPERIMENTAUX

Bien que majoritairement discutés par le Comité technique, les choix faits lors de l'outillage, et particulièrement lors de l'écriture des requêtes informatiques, reposent largement sur des initiatives individuelles. Les techniciens sont, en effet, les seuls à maîtriser la programmation informatique. Leurs initiatives sont, en l'occurrence, dépendants de plusieurs éléments : la compréhension qu'ils ont des objectifs traduits par l'acteur scientifique, les contraintes informatiques et la temporalité imposée par les membres du Comité de pilotage pour l'avancée de l'expérimentation. Lorsque plusieurs voies existent pour résoudre un dysfonctionnement ou une incohérence, la décision qu'ils prennent *in fine* n'est pas anodine. Si certains « micro choix » ne transforment pas fondamentalement la représentation du non-recours donnée au bout du compte par l'outil, d'autres la modifient en revanche de manière importante, la rendant partielle et centrée sur ceux des allocataires de la CAF qui ont les situations administratives les moins complexes.

L'outil permet toutefois une représentation chiffrée et territorialisée du non-recours pour chaque dispositif de l'Assurance maladie, CMU-C et ACS, et pour plusieurs minima sociaux. Si pour certains minima tel le RMI, des taux de non-recours ont déjà été mesurés par le passé, pour d'autres, la représentation chiffrée renvoyée par l'outil est la première. En parallèle, et c'est là que réside son caractère le plus innovant, l'outil met en exergue des situations individuelles de non-recours, en permettant de cibler et d'identifier de manière non anonyme les personnes qui ne bénéficient pas de leurs droits à la complémentaire gratuite ou aidée.

Les premières mesures du non-recours à l'ACS, couplées à la possibilité d'extraire les non-recourants des systèmes d'informations de la CPAM, amènent l'outil à être convoité par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et par la CNAMTS, qui cherchent un moyen pour entrer en contact avec les bénéficiaires potentiels de l'ACS. S'enclenche alors un mouvement de généralisation. Renforcer la performance de l'aide, que ce soit au niveau local ou national, devient le seul enjeu pour l'Assurance maladie. Enjeu d'action qui obère les possibilités, localement, d'accorder du temps pour préciser et renforcer les fonctionnalités de l'outil, pour procéder à une caractérisation fine des personnes identifiées en non-recours et pour préparer

des enquêtes par questionnaires afin de comprendre leurs situations par rapport à la complémentaire santé.

2.1 - Quand l'outillage construit une représentation particulière du non-recours

Le façonnage d'une représentation spécifique du non-recours commence dès la création des nouvelles bases ressources à la CAF. L'idée des expérimentateurs est bien de calculer, pour chaque allocataire de prestations familiales, le montant de ses revenus, en tenant compte des règles de calcul utilisées par les CPAM pour ouvrir les droits à la complémentaire. Comme nous l'avons expliqué, le statisticien de la CAF élabore les modalités du calcul et choisit les éléments qui vont y être incorporés ou qui en sont exclus. En fonction des montants de ressources obtenus, il distribue ensuite les allocataires de l'AAH et de l'API dans deux fichiers, l'un de bénéficiaires potentiels de la CMU-C, l'autre de bénéficiaires potentiels de l'ACS.

Ces fichiers sont fournis à la CPAM et constituent le point de départ pour travailler sur le non-recours. En ce sens, les choix faits pour les créer ont nécessairement des conséquences. D'autres choix dans les variables intégrées au calcul auraient amené à distribuer les allocataires de manière différente ; certains auraient alors peut-être été désignés bénéficiaires potentiels de la CMU-C, et non de l'ACS ou inversement. Par la même, d'autres allocataires n'apparaissent peut-être pas parmi les éligibles à l'une ou l'autre de ces prestations, alors même qu'ils le seraient dans la réalité. Ceci tient au fait que le calcul de ressources imaginé à la CAF ne peut que s'approcher de celui qu'aurait réalisé la CPAM. Il ne s'y superpose pas parfaitement.

Malgré l'existence d'une marge d'erreur, l'élaboration de telles bases ressources constitue une véritable innovation. Elle induit un ciblage des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS nécessairement plus fin qu'une extraction globale des allocataires de minima sociaux des bases de données CAF, en présupant simplement de leur éligibilité mais sans tenter de la calculer pour resserrer l'identification. L'élaboration des bases ressources permet ainsi d'affiner le dénominateur à partir duquel mesurer le taux de non-recours.

2.11 - Des choix dans l'outillage qui réduisent la réalité du non-recours

En premier lieu, la représentation du non-recours est donc contingentée par ce calcul de ressources. Une fois les fichiers de bénéficiaires potentiels préparés, ceux-ci sont ensuite croisés avec la BDO de la CPAM. Nous avons expliqué que le recoupement de données, provenant de plusieurs systèmes d'informations, induit des anomalies informatiques, des rejets. Parfois, ces rejets concernent une seule personne : par exemple, s'il y a une erreur orthographique dans son nom, dans l'une ou l'autre des bases de données. Dans ce cas, le système d'informations de la Caisse primaire rejette la prise en compte de la personne dans la suite des traitements. L'informaticien a alors deux choix : comprendre le problème qui est à l'origine du rejet ou extraire définitivement la personne concernée des fichiers. Lorsque les anomalies concernent un petit nombre de personnes, la seconde solution ne modifie globalement pas la représentation du non-recours. Cependant, lorsque les rejets touchent un grand volume de personnes, la situation est plus problématique. Un exemple est particulièrement frappant, nous allons le voir.

A. Contrainte informatique et extraction des NIR non certifiés

Pour repérer le non-recours à la complémentaire, la CAF fournit donc à la CPAM des fichiers contenant diverses variables, dont les NIR des allocataires lorsqu'elle les connaît. Ceux-ci sont certifiés ou non. Il ressort, après plusieurs tentatives à la CPAM, que l'injection de NIR non certifiés dans la BDO entraîne de multiples anomalies techniques, complexifiant considérablement les traitements à mettre en œuvre pour identifier le non-recours. Parallèlement, le recoupement de NIR non certifiés par la CAF avec des NIR non certifiés à la CPAM¹⁸¹ accroît encore un peu plus le nombre de rejets informatiques.

Dépasser ce problème est possible, mais nécessite d'avoir du temps pour l'écriture de requêtes supplémentaires. Cela demande sinon que la CAF et la CPAM contactent les personnes dont le NIR n'est pas certifié pour vérifier leur état civil, avant de refaire une demande de certification auprès de la CNAVTS. Alors que la ressource « temps » commence à manquer aux expérimentateurs, aucune de ces solutions n'est envisageable. La décision est donc prise

¹⁸¹ Même si la caisse primaire atteint un niveau de certification d'environ 99 %, il existe quand même une proportion de NIR qui ont un indicateur RNIAM A et B, ce qui signifie une incohérence entre les fichiers CPAM et le SNGI.

par l'informaticien de la CPAM de travailler, dans le cadre de l'expérimentation, uniquement à partir des NIR certifiés dans les deux organismes.

Si cela permet de lever toute une série de contraintes techniques et de réduire le temps consacré au travail d'innovation, cette décision a néanmoins des conséquences fortes sur la mise en forme du non-recours à la CMU-C et à l'ACS. Elle en exclut, de fait, des populations « fragiles » du point de vue de leur situation administrative, dans la mesure où leur identité est « mal connue » et non certifiée par le Système national de gestion des identités (SNGI) géré par la CNAVTS.

Comme nous l'explique le responsable du service informatique de la CPAM de Grenoble, les personnes dont le NIR n'est pas certifié rencontrent quotidiennement des difficultés dans leurs démarches administratives ; s'agissant de la CPAM, elles sont, par exemple, exclues automatiquement des campagnes de publipostage appuyées sur un ciblage informatique. Du côté de la CAF, la situation est identique. Le code « non certifié » bloque tous les envois de courriers et toutes les procédures concernant la gestion de ces dossiers. Derrière ces numéros, se trouvent donc des personnes qui sont certainement moins exposées aux messages de la CPAM que les autres assurés et donc possiblement moins informées sur leurs droits.

« La certification se traduit par un indicateur RNIAM [Répertoire inter régime de l'assurance maladie] avec un code particulier en fonction des situations : « H » pour une personne décédée par exemple, « A » quand c'est tout bon... Après il y a une gamme de situations traduisant le niveau de certification. En général, en cas de non certification, avec un RNIAM « B » on va dire, on est face à des personnes pour lesquelles il y a des problèmes d'adresses ou une identité incertaine, ce qui laisse à penser que ce sont des personnes qu'on touche déjà moins que les autres. En effet, s'il y a un indicateur RNIAM B, le système bloque l'envoi des courriers d'information. Du coup, ces personnes là ne sont pas touchées par les envois de la caisse. Pour l'expérimentation, ça a des conséquences. On ne les verra pas dans les calculs, ni dans les listings qu'on va sortir pour faire des envois. Ce sont aussi des personnes qui ne répondront pas aux enquêtes donc leurs caractéristiques ne pourront être prises en compte ».

Discussion avec Christian Deswaerte, responsable du service informatique, CPAM de Grenoble, juillet 2007.

L'exclusion des NIR non certifiés – qui concerne plusieurs centaines de personnes – a pour conséquence de faire sortir de la représentation du non-recours, donnée *in fine* par l'outil, des personnes dont la situation administrative est déjà quotidiennement impactée par cette non-certification.

B. Pression hiérarchique et absence de traitement des incohérences entre bases de données

Un autre choix a également un effet majeur sur la représentation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS : celui d'exclure définitivement des traitements informatiques les populations ressorties comme « non cohérentes » lors des croisements de fichiers. Ces populations sont celles que la CPAM ne retrouve pas dans son système d'informations, alors même que la CAF sait qu'elles sont affiliées au régime général de l'Assurance maladie. Si l'exclusion des NIR non certifiés relève d'une réelle contrainte informatique, la décision de ne pas travailler sur les incohérences ne trouve pas sa source dans la complexité technique. Elle découle d'une volonté de la direction de la CPAM de finaliser au plus tôt l'élaboration de l'outil.

Il aurait, en effet, été possible de comprendre pourquoi la Caisse primaire ne retrouve pas ces personnes. La raison peut être une simple erreur d'orthographe dans un nom, rapide à régler. Mais l'incohérence peut aussi s'expliquer par le fait que les personnes concernées n'ont peut être pas de protection maladie. Etant inconnues de la CPAM, il est en effet imaginable qu'elles n'aient ni droit de base, ni droit complémentaire. Dans cette perspective, leur prise en compte dans l'expérimentation apparaît essentielle, d'autant que les incohérences concernent plusieurs centaines de personnes. Leur exclusion aboutit en tout cas, très certainement, à réduire l'ampleur du phénomène et à limiter sa signification aux seuls assurés connus des deux organismes.

« Moi ça me pose vraiment question ces gens que la CPAM ne retrouve pas dans ses fichiers... De notre côté, on a enlevé tous ceux qui ne sont pas affiliés au régime général donc ça veut dire que tous les autres devraient être connus par la Caisse primaire. Et ce n'est pas le cas... Si ça se trouve, ces gens n'ont même pas de droits de base... Et ça n'inquiète pas la caisse, on passe dessus parce qu'il faut aller vite et répondre à des exigences qui ne sont mêmes pas les nôtres au départ ».

Extrait d'une discussion avec H. Sanie, directeur Etudes et informatique, CAF de Grenoble, septembre 2007.

La sous directrice de la CPAM ne souhaite pas s'arrêter trop longtemps sur le traitement des incohérences. Alors que l'enjeu individuel, relatif à son cycle de formation, impose un calendrier serré, elle nie largement les conséquences des décisions méthodologiques s'agissant de la représentation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS. Ces conséquences lui sont pourtant expliquées. En témoigne cette discussion que nous avons eue avec elle :

MB : « Oui mais maintenant, il faut arrêter de s'arrêter sur tout, il faut que ça marche, j'ai besoin des chiffres pour mon rapport. Tu peux le dire à JCT.

HR : Mais c'est peut-être important de lui demander, d'en discuter... Parce que les chiffres ne sont pas les mêmes si on exclut de l'échantillon les NIR non certifiés et c'est dommage car ce sont, certainement des personnes qui rencontrent des difficultés administratives du fait de la non certification. Et ceux qu'on ne retrouve pas du tout dans vos bases ? C'est peut-être un point qu'il faut creuser...

MB : Non on n'a pas le temps, on verra plus tard, on verra pour les prochains traitements. Là il faut des chiffres et après on va aussi envoyer les premiers courriers d'information. Tu vois bien que sinon je n'aurai rien pour ma réalisation probante ».

Extrait d'une discussion avec Michèle Bussière, Sous directrice de l'Assurance maladie, CPAM de Grenoble, juillet 2007.

Outre le temps passé à résoudre les obstacles techniques, deux autres raisons ont induit une accumulation du retard dans l'outillage. En premier lieu, le délai de traitement de la déclaration à la CNIL, dans un contexte où le nombre de dossiers traités par l'institution est exponentiel, a retardé son démarrage pour les prestations hors RMI. En l'absence d'une réponse, les recoupements d'informations entre CAF et CPAM ne pouvaient pas être effectués. Si la CNIL rend *in fine* une réponse positive, celle-ci arrive au bout de plusieurs mois d'attente, décalant d'autant la mise en route des échanges d'information entre les organismes, support de l'outillage. En second lieu, la mutualisation de l'expérimentation avec les organismes sociaux de Vienne peine à se mettre en œuvre ; « *l'environnement informatique spatialement éloigné* » (Bussière, 2007) limite aussi les possibilités d'échanger avec les techniciens de Vienne, ralentissant les prises de décisions sur certains aspects techniques pour lesquels les techniciens Grenoblois souhaitent avoir un avis complémentaire.

La mise en place d'un tel outil est complexe et coûteuse en temps. C'est d'ailleurs souvent le cas du développement ou de l'adaptation de nouvelles applications informatiques dans les

administrations et services publics. Dans ce cadre, il n'est pas rare que les techniciens subissent des pressions hiérarchiques pour obtenir des résultats plus rapides (Castells, 1998). A l'instar de cela, alors que la sous directrice de la CPAM comprend que le calendrier pour son cycle de formation risque de ne pas être tenu¹⁸², elle commence à exercer une pression sur le Comité technique, afin que l'outil voie rapidement le jour « *dans une version finale* »¹⁸³.

Mais pourquoi la parole de la sous directrice prend-elle le pas sur celle du directeur des Etudes de la CAF, pilote du Comité technique ? Comment la reprise des commandes de l'expérimentation par la CPAM s'opère-t-elle ? Deux raisons à cette nouvelle inversion des rapports de pouvoir : premièrement, à mesure que l'élaboration de l'outil avance, les compétences en informatique du directeur des Etudes de la CAF, tout comme son expérience relative à la détection du non-recours, deviennent moins indispensables. C'est également le cas du rôle de maître d'œuvre joué par l'acteur scientifique.

Deuxièmement, et les deux points sont liés, au moment de décider du traitement des incohérences, la plus grande partie des protocoles concernant le RMI, l'API et l'AAH est achevée. La CAF a notamment mener à terme les opérations la concernant directement. Ses informations sur les publics ont été mobilisées, la création des nouvelles bases ressources permettant de cibler les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS est finalisée. La CAF a fourni à la CPAM les fichiers nécessaires au repérage du non-recours.

La situation de dépendance informationnelle de la Caisse primaire s'atténue par la même. On peut même dire qu'elle s'inverse, à partir du moment où la CPAM est en possession des informations qui lui sont utiles pour le repérage. L'écriture des requêtes pour le recouplement des données, et donc les contraintes relatives à la non-certification et à l'incohérence de certaines populations, pèsent sur les épaules des informaticiens de la Caisse primaire, agents hiérarchiquement subordonnés à la sous directrice. Si pendant un temps, elle leur a laissé de l'autonomie et a vu son intérêt dans leur créativité, elle procède progressivement de manière plus autoritaire, leur imposant de terminer l'outillage et de « *mettre un terme aux discussions techniques* »¹⁸⁴.

¹⁸² Alors que le calendrier de la réalisation probante signale que l'analyse des traitements informatiques doit être achevée fin janvier 2007, à cette date aucun traitement n'a été engagé, le processus d'outillage débutant à peine.

¹⁸³ Expression utilisée par la sous directrice lors d'une discussion relative à l'outil, fin juillet 2007.

¹⁸⁴ Propos de la sous directrice lors d'un Comité de pilotage, septembre 2007.

Nous avons évoqué, plus tôt dans ce chapitre, les différentes ressources à disposition des acteurs engagés dans toute action collective pour asseoir leur pouvoir : l'utilisation des règles organisationnelles en fait partie (Crozier et Friedberg, 1992). Pour exercer une pression sur ses subordonnés, la sous directrice se raccroche, en l'occurrence, à l'une des règles à laquelle chaque membre de la CPAM est soumis, à l'image d'ailleurs de tout agent travaillant dans des organisations bureaucratiques traditionnelles : celle d'informer régulièrement et directement le supérieur hiérarchique sur la réalisation des missions et activités (Chevallier, 1986). La sous directrice reproche aux techniciens de ne pas avoir respecté cette obligation professionnelle, de l'avoir tenue à l'écart de l'outillage et d'avoir interagi en direct avec le maître d'œuvre.

Ce recours aux règles organisationnelles est, en fait, initié par le directeur de la CPAM. La supervision directe se remet ainsi en marche. Le directeur tient la sous directrice pour responsable de la transgression des rapports hiérarchiques concernant l'information. Pilote officielle de l'expérimentation, il lui reproche d'avoir laissé l'acteur scientifique se positionner entre les informaticiens et les agents de direction, court-circuitant par la même, selon lui, le respect des règles et la remontée d'informations jusqu'au sommet de la hiérarchie de la caisse. Dans un contexte où la réalisation probante de la sous directrice est en péril et où le directeur craint la réaction de la CNAMTS qui, rappelons-le, a signé l'avenant du CPG relatif à cette réalisation, la pression s'exerce à différents niveaux de la CPAM. Cette pression tend à rendre, parallèlement, de plus en plus difficile le travail avec l'ODENORE.

Le directeur finit d'ailleurs par ordonner à la sous directrice et aux techniciens de ne plus communiquer directement avec les acteurs de l'Observatoire et de ne plus répondre à leurs demandes, sans que la direction en ait été préalablement informée. Dans ce contexte et afin d'éviter des sanctions sur la notation et l'évolution des carrières¹⁸⁵, les techniciens obéissent aux ordres qui descendent du haut. Ainsi bouclent-ils hâtivement la conception de l'outil, laissant en particulier de côté le traitement des incohérences et la résolution des obstacles techniques qui demeurent. On perçoit à quel point le déploiement de nouvelles fonctionnalités s'agissant des systèmes d'informations peut induire des tensions entre hiérarchie et informaticiens. En particulier parce qu'« *il demande de laisser de côté certains liens formels*

¹⁸⁵ L'un des informaticiens souhaite en outre quitter la CPAM de Grenoble pour une autre caisse. Dans ce contexte, la recommandation de la Direction est essentielle.

pour valoriser des liens informels, caractéristiques d'un fonctionnement en réseau » (Castells, 1998).

Ainsi, si l'informatisation du non-recours est techniquement limitée, elle entraîne aussi des tensions au sein des organismes, en contredisant des fonctionnements administratifs. Ces tensions impactent en retour l'outillage. Ici, du fait des incohérences qui ne sont pas traitées, l'informatisation devient un exercice limité qui tend à « mal représenter » la réalité du non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée. Les choix opérés « *pour s'en sortir sans perdre trop de temps* »¹⁸⁶ contribuent, en effet, à masquer une partie des situations de non-recours. Il n'est pas rare que les opérations de quantification en s'appuyant sur des définitions particulières des phénomènes sociaux, notamment de la pauvreté ou de la précarité, contribuent à « invisibiliser » certaines situations qui échappent alors aux formes de comptage de l'action publique (Caveng, 2012).

Bien souvent ce sont donc les obstacles techniques et organisationnels qui ont justifié les décisions prises au cours du processus d'outillage. Plus que des discussions relatives aux aspects définitionnels du non-recours ou des échanges sur les populations à intégrer prioritairement dans les traitements, notamment parce que leur situation administrative le justifierait. La neutralité de l'outillage est illusoire. Comme le souligne Alain Desrosières s'agissant des objets produisant de la statistique, l'outil élaboré par les acteurs locaux « *engendre bel et bien une réalité conventionnelle* » (Desrosières, 2008). Il détermine une représentation du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée, en l'occurrence probablement tronquée.

2.12 - Un représentation quantifiée du non-recours et individualisée des non-recourants

Malgré cela, la représentation finale projetée par l'outil est de deux sortes : d'une part, cette représentation prend la forme de taux de non-recours primaire à la CMU-C et à l'ACS. D'autre part, elle signale individuellement chaque allocataire en non-recours. Ce double angle de vue est certainement ce qui constitue l'aspect le plus innovant de l'outil élaboré conjointement par des acteurs administratifs et scientifiques.

¹⁸⁶ Propos tenu par J.C. Taussy, informaticien de la CPAM de Grenoble lors d'une séance de travail juin 2007.

A. Une double représentation

Le chiffrage concerne donc les allocataires du RMI, de l'AAH et de l'API, connus par les CAF de l'Isère et éligibles à l'une ou l'autre des prestations de l'Assurance maladie, mais qui ne bénéficient pas de leurs droits. Nous sommes dans le cadre d'une mesure orthodoxe, construite à partir de l'éligibilité des bénéficiaires, pour ensuite repérer ceux qui sont en non-recours. Plus précisément d'ailleurs, le chiffrage s'effectue pour les allocataires affiliés au régime général de l'Assurance maladie et censés, de ce fait, être connus par les CPAM. L'outil permet, en outre, une mesure différenciée entre CMU-C et ACS, le calcul de ressources effectuée par les CAF permettant de distinguer les allocataires de l'AAH et de l'API éligibles soit à l'un, soit à l'autre de ces dispositifs. Ceux du RMI étant uniquement éligibles à la CMU-C. Tout en sachant qu'il peut y avoir des erreurs dans cette distribution, le calcul réalisé par les CAF s'approchant mais n'étant pas totalement identique à celui qu'aurait réalisé les CPAM, nous l'avons dit. La mesure concerne, en outre, les allocataires présentant un NIR certifié mais également ceux que les CPAM retrouvent effectivement dans leur système d'informations, les populations que nous avons qualifiées de « cohérentes » (encadré 23).

Encadré 23

Mesure des taux de non-recours par l'outil élaboré en Isère

ACS : Le taux de non-recours est le ratio de la population qui ne reçoit pas l'ACS (NeNr) sur le total des allocataires AAH et API, éligibles à cette prestation selon le calcul CAF, affiliés au régime général de l'Assurance maladie, certifiés et cohérents (Ne) :

$$\text{Taux de Nr ACS} = \frac{\text{NeNr} \times 100}{\text{Ne}}$$

CMU-C : Le taux de non-recours est le ratio de la population qui ne reçoit pas la CMU-C (NeNr) sur le total des allocataires RMI, AAH et API, éligibles à cette prestation selon le calcul CAF, affiliés au régime général de l'Assurance maladie, certifiés et cohérents (Ne) :

$$\text{Taux de Nr CMU-C} = \frac{\text{NeNr} \times 100}{\text{Ne}}$$

Source : Revil H.

A côté de la mesure de taux, l'outil propose une autre représentation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS. Il désigne les personnes qui, individuellement, sont concernées par le

non-recours à l'un ou l'autre des dispositifs, dans le département de l'Isère. Il identifie donc ceux que nous pouvons appeler : les non-recourants. L'identification se fait selon les mêmes modalités que celles explicitées pour la mesure : détection de l'éligibilité par la CAF, appariement des fichiers fournis avec ceux de la CPAM, extraction des personnes ayant un NIR non certifié, mise de côté des populations non cohérentes. Les non-recourants ne sont, en l'occurrence, pas repérés de manière anonyme : la CPAM construit des fichiers finaux, respectivement pour les non-recourants à l'ACS et à la CMU-C, avec pour chacun son identité précise et son adresse, en tout cas celle connue par la Caisse primaire.

Pour la première fois, un outil permet de prendre une mesure territorialisée du non-recours primaire à la complémentaire gratuite et aidée pour plusieurs populations allocataires de minima sociaux, tout en permettant d'identifier individuellement chaque allocataire se trouvant, à un moment T, en situation de non-recours par rapport à ces droits. Chiffrage et identification s'appuient sur les « stocks » d'allocataires des CAF, connus par la CPAM. A l'instar de cela, les contours tracés au non-recours à la CMU-C et à l'ACS peuvent être qualifiés « d'institutionnels », la mesure des taux se faisant exclusivement au sein de populations qui relèvent déjà de dispositifs d'assistance et, qui de ce fait sont connues par les institutions sociales (Saillard, 2010).

La représentation du phénomène ne concerne ainsi pas celles et ceux que la CAF ne connaît pas, par exemple parce qu'ils sont en non-recours aux prestations familiales. Nous avons précédemment évoqué les travaux d'Antoine Terracol qui signalent des taux de non-recours non marginaux à l'API et au RMI (Terracol, 2001). Par la même, sont exclus du chiffrage et de l'identification celles et ceux que la CPAM ne connaît pas, alors même que cette non connaissance peut potentiellement signifier une absence totale de droits maladie de base et complémentaire.

Malgré ces limites, l'outil construit une catégorie statistique pour suivre territorialement l'effectivité de la CMU-C et de l'ACS, en mettant en exergue la proportion de population atteinte ou touchée par les dispositifs de l'Assurance maladie ; ainsi qu'une catégorie permettant potentiellement l'action des organismes sociaux : une fois l'ensemble des traitements informatiques effectués, la CPAM constitue en effet des listes de non-recourants. Elles sont de possibles supports pour contacter ces personnes afin de les informer de leurs droits et/ ou d'approfondir la compréhension de leur situation en matière de complémentaire

santé et d'analyser la signification qu'elles donnent au non-recours. Nous allons voir que concernant l'usage des listings, les discussions entre les acteurs de l'expérimentation mais aussi avec les acteurs nationaux de la protection maladie vont être vives.

Avant d'aller plus loin et afin de bien comprendre les effets de la représentation du non-recours, arrêtons-nous un peu sur les différents taux de non-recours, dont l'ampleur est très différente entre la CMU-C et l'ACS. En amont, on peut signaler que les résultats donnent une indication intéressante concernant la situation des allocataires de minima sociaux, par rapport aux deux dispositifs de la complémentaire publique : ils soulignent que les allocataires de l'AAH sont, pour plus de la moitié d'entre eux, éligibles à l'ACS. Si l'autre moitié n'y est pas éligible, c'est en général parce que les ressources du conjoint, prises en compte pour le calcul des droits à la complémentaire, les amènent à dépasser le plafond (Revil, 2008a). Au vu de leurs niveaux de ressources, une grande partie des allocataires de l'AAH rentre donc pleinement dans la cible de l'aide à la complémentaire. Dans une bien moindre mesure, dans celle de la CMU-C. S'agissant de cette dernière, seuls les allocataires touchant une AAH dite réduite sont dans la cible. A l'inverse, les allocataires de l'API sont quasiment tous éligibles à la CMU-C ; pour plus de 95% d'entre eux, c'est en effet le cas. Quelques-uns seulement sortent de la cible, pour intégrer celle de l'ACS.

B. La quantification du non-recours à la CMU-C

En septembre 2007, le taux de cohérence entre le fichier fourni par la CAF et la BDO de la CPAM est de 94%. 6% des allocataires ne sont donc pas retrouvés par la Caisse primaire. Parmi la population cohérente, le taux de non-recours à la CMU-C des allocataires du RMI atteint 16 %. On peut toutefois faire l'hypothèse qu'il est potentiellement plus élevé dans la mesure où certaines personnes ne sont pas retrouvées par la CPAM. Ce taux reste en tout cas proche de celui mesuré l'année précédente. On remarque aussi qu'une partie des allocataires du RMI (9%) dispose d'une complémentaire maladie hors CMU-C¹⁸⁷, constat déjà fait en 2006 par l'ODENORE et l'IRDES dans leurs études respectives.

S'agissant de l'AAH, le taux de cohérence entre le fichier CAF et la BDO est de 93%. Les personnes handicapées sont touchées par le non-recours à la CMU-C à hauteur de 15%.

¹⁸⁷ L'outil permet en effet de déterminer si les allocataires ont ou non une complémentaire maladie, et ce peu importe le contrat, CMU-C ou autre.

Rappelons que ce taux est mesuré au sein d'un échantillon réduit puisque la plupart des allocataires de ce minimum sont plutôt éligibles à l'ACS. A côté de cela, on peut noter que la proportion des allocataires de l'AAH disposant d'une complémentaire hors CMU-C est nettement plus élevée que pour le RMI ; ainsi, la CPAM a connaissance d'une complémentaire privée pour 27% de notre échantillon.

Enfin, les traitements informatiques concernent les foyers monoparentaux touchant l'API et qui sont nombreux à être éligibles à la CMU-C. Le taux de cohérence entre le fichier CAF relatifs à ces allocataires et la BDO est de 93%. S'agissant donc des personnes que l'on retrouve dans les deux fichiers, le taux de non-recours atteint 17%. Parallèlement, 21% des allocataires API éligibles à la CMU-C disposent, d'après les informations de la CPAM, d'une autre complémentaire.

Tableau 4 : Taux de recours et de non-recours au sein des populations potentiellement éligibles à la CMU-C en 2007.			
	Allocataires RMI	Allocataires AAH	Allocataires API
Taux de recours CMU-C (1)	75 %	58 %	62 %
Taux de recours complémentaire hors CMU-C (2)	9 %	27 %	21 %
Taux de non-recours CMU-C (3)	16 %	15 %	17 %
<i>(1) Allocataires ayant la CMU-C.</i>			
<i>(2) Allocataires ayant une complémentaire hors CMU-C.</i>			
<i>(3) Allocataires n'ayant ni la CMU-C ni une autre complémentaire.</i>			

Source : Revil H., document de travail relatif à l'expérimentation, 2007.

C. La quantification du non-recours à l'ACS

L'outil révèle aussi les premiers taux de non-recours à l'ACS pour les allocataires de prestations familiales. Le phénomène apparaît particulièrement massif. Il est utile de rappeler que les résultats en la matière concernent essentiellement les allocataires de l'AAH et de l'API, les bénéficiaires du RMI étant exclusivement éligibles à la CMU-C. Les chiffres présentés ici correspondent, par ailleurs, à ce que nous qualifions de non-recours primaire à l'ACS, c'est-à-dire le fait d'être éligible à cette prestation mais de ne pas l'avoir demandée. L'outil ne permet pas de disposer d'indications quantitatives sur la non utilisation des

attestations, même si par déduction il est possible de repérer les personnes qui ont obtenu une attestation ACS et qui n'ont cependant toujours pas de complémentaire (Revil, 2010).

Le taux de cohérence entre le fichier CAF « AAH – ACS » et la BDO de la CPAM est de 93%. Au sein de la population cohérente, 75% des allocataires ont une complémentaire santé, hors CMU-C, tandis que 25% n'ont pas de complémentaire santé. Concernant ces derniers, 92% n'ont pas fait de demande d'ACS, seuls 6% en ont fait une et ont obtenu une attestation.

On peut penser que les 2% restant ont fait une demande d'ACS mais que leurs ressources étaient supérieures au plafond et qu'ils se sont par conséquent vu refuser le droit par la CPAM. Cela nous donne une indication du potentiel décalage existant entre le montant de revenus calculé par le service CMU et celui découlant de la base ressources reconstituée. Nous l'avons dit, la modélisation réalisée par les statisticiens de la CAF ne peut se superposer parfaitement au calcul réel.

Parmi les allocataires de l'AAH qui disposent d'une complémentaire, 90% n'ont pas fait de demande d'ACS. 9% seulement en ont fait une. Plusieurs faits saillants peuvent être soulignés. Il ressort donc, d'une part, que la proportion de personnes handicapées n'ayant pas de complémentaire santé atteint 25% ; d'autre part, que les taux de non-recours à l'aide à la mutualisation sont très élevés et qu'ils sont quasiment équivalents pour les allocataires qui ont une complémentaire et pour ceux qui n'en ont pas. De plus, la CPAM ne retrouve pas dans ses fichiers 7% des allocataires connus par la CAF, ce qui laisse supposer que les taux de non-recours sont peut-être encore plus importants.

Au sein des allocataires certifiés, appartenant au régime général

Population cohérente	Population non cohérente	Total
93 %	7 %	100 %

Au sein de la population cohérente

Allocataires avec complémentaire (hors CMU-C)	Allocataires sans complémentaire	Total
75 %	25 %	100 %

Au sein de la population avec complémentaire

Allocataires ayant fait une demande d'ACS	Allocataires n'ayant pas fait de demande d'ACS	Total
9 %	90 %	100 %

Au sein de la population sans complémentaire

Allocataires ayant fait une demande d'ACS	Allocataires n'ayant pas fait de demande d'ACS	Total
6 %	92 %	100 %

Source : Revil H., document de travail relatif à l'expérimentation, 2007.

Venons-en à l'API, destinée aux parents isolés, pour laquelle les résultats sont à considérer avec davantage de prudence car concernant un échantillon plus réduit. Le taux de cohérence entre les fichiers CAF et CPAM est de 95%. Au sein de la population cohérente, 62% des allocataires ont une complémentaire santé hors CMU-C et 38% apparaissent sans couverture. Parmi eux, 81% des allocataires n'ont pas fait de demande d'ACS tandis que 18% en ont fait une. S'agissant des personnes qui bénéficient d'une complémentaire, 73% d'entre elles n'ont pas demandé l'ACS, 27% l'ayant donc fait. Si les taux de non-recours à l'aide à la mutualisation apparaissent moins élevés pour cette catégorie, ils restent tout de même d'une ampleur non négligeable. Parallèlement, il convient de signaler, qu'au delà du non-recours à l'ACS, plus d'un tiers des allocataires de l'API semble ne pas être couvert par une complémentaire maladie.

Parmi les allocataires certifiés, appartenant au régime général

Population cohérente	Population non cohérente	Total
95 %	5 %	100 %

Au sein de la population cohérente

Allocataires avec complémentaire (hors CMUC)	Allocataires sans complémentaire	Total
62 %	38 %	100 %

Au sein de la population avec complémentaire

Allocataires ayant fait une demande d'ACS	Allocataires n'ayant pas fait de demande d'ACS	Total
27 %	73 %	100 %

Au sein de la population sans complémentaire

Allocataires ayant fait une demande d'ACS	Allocataires n'ayant pas fait de demande d'ACS	Total
18 %	81 %	100 %

Source : Revil H., document de travail relatif à l'expérimentation, 2007.

Ces chiffres sont présentés au Comité de pilotage de l'expérimentation. Les réactions de ses membres sont de deux types : pour certains, ils attisent l'enjeu de connaissance et renforcent une volonté de comprendre les raisons qui peuvent amener un nombre important de personnes à ne pas demander leurs droits. Pour d'autres, ils constituent des arguments pour justifier la mise en place immédiate d'actions pour essayer d'améliorer la performance concernant l'effectivité des droits, plus particulièrement en matière d'ACS. En l'occurrence, cette seconde position est défendue par la CPAM de Grenoble, dans le sillage de la CNAMTS vers laquelle les taux ont été relayés.

2.2 - Une double représentation qui centre l'expérimentation sur les enjeux d'action

Rappelons que la CNAMTS, à la fin de l'étude de 2006 sur le non-recours à la CMU-C, s'est retirée du Comité de pilotage et n'a pas souhaité être intégrée à celui de l'expérimentation. Néanmoins, après avoir co-rédigé le cahier des charges, puis l'avenant au CPG avec la CPAM et introduit au sein de celui-ci la possibilité de généralisation, elle garde un œil sur l'avancée du projet expérimental. Elle l'oriente même, en rencontrant régulièrement la sous directrice de la Caisse primaire. Les autres membres du Comité de pilotage ne sont pas informés de ces allers-retours entre Caisses locale et nationale. Progressivement toutefois, la CNAF sollicite également le directeur des Etudes de la CAF pour en savoir davantage sur le projet local et, le cas échéant, sur l'implication de la branche Famille. L'information relative à la volonté de généralisation de la CNAMTS est donc transmise à l'acteur local par la CNAF.

Ainsi, si la focalisation sur l'outillage a permis localement d'avancer, elle a aussi laissé se développer des scènes de dialogue parallèles (Lascoumes et Le Galès, 2004) ayant trait à certains enjeux stratégiques de l'expérimentation. Scènes auxquelles tous les acteurs de l'expérimentation ne sont pas associés, amplifiant de fait les décalages et divergences de vue quant aux finalités expérimentales. Un gap se creuse ainsi, en particulier entre l'acteur scientifique et les acteurs administratifs s'agissant de la généralisation du projet local. L'ODENORE est, en effet, informé tardivement de la volonté des acteurs nationaux. Par ailleurs, les acteurs locaux de la branche Maladie et Famille ne défendent une position identique, ni sur les modalités du transfert potentiel, ni sur les usages escomptés de l'outil. Dans ces conditions, des décalages prennent forme s'agissant du déroulement des étapes de

l'expérimentation, de la temporalité de leur réalisation et, de manière conséquente, s'agissant des enjeux que les acteurs locaux tendent, dans ce contexte, à privilégier.

2.21 – Des enjeux nationaux prenant le pas sur les enjeux locaux

Comme nous l'avons expliqué, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé a mis en place, fin 2006, un groupe de travail pour discuter avec le Fonds CMU, les régimes de base de l'Assurance maladie et les Organismes complémentaires (OC) de la faible montée en charge de l'ACS et des mesures à prendre pour renforcer son effectivité. La DSS souhaite mettre en œuvre des campagnes d'informations vers les bénéficiaires potentiels de l'aide. Mi 2007, ces campagnes n'ont toujours pas vu le jour. En effet, les acteurs ne disposent pas d'un moyen fiable pour repérer massivement les personnes éligibles à l'ACS. Courant 2007 donc, lors d'une des réunions du groupe, la CNAMTS fait part à la DSS de l'expérimentation menée en Isère, des forts taux de non-recours à l'ACS au niveau local - alors même que l'outil élaboré sous estime potentiellement l'ampleur du phénomène - mais également du fait que l'outil créé peut servir de support aux campagnes envisagées. La réaction de la DSS est claire : elle veut que la CNAMTS, épaulée par la CNAF, se saisisse rapidement de l'outil.

« La CNAMTS nous a expliqué lors d'une réunion, qu'en Isère, il se faisait des choses sur l'ACS ».

Entretien avec Dominique Libault, Directeur de la DSS du ministère de la Santé, juin 2009.

Le directeur des Etudes de la CAF l'explique, avec ses mots, dans un courriel envoyé aux membres du Comité de pilotage de l'expérimentation. L'information concernant la généralisation est ainsi transmise aux acteurs scientifiques et aux acteurs de la CARSAT, mais une fois seulement que les discussions entre la CPAM, la CAF et les Caisses nationales sont déjà bien avancées :

« Il se trouve que le ministère, confronté à la situation de faible niveau de montée en charge de l'ACS, dans une bien moindre mesure de la CMU-C, a engagé nos caisses nationales à proposer des mesures d'accélération. C'est dans cette situation que la CNAMTS et la CNAF ont indiqué l'existence d'une expérimentation iséroise, que la CNAMTS suit en outre de près

depuis son démarrage, et nous ont demandé un retour sur son contenu, ses résultats et la faisabilité d'une généralisation rapide ».

Extrait d'un courrier rédigé par Hugues Saniel, directeur Etudes et informatique de la CAF, à l'attention des membres du Comité de pilotage de l'expérimentation, septembre 2007.

De manière générale et compte tenu des différents coûts de mise en œuvre des expérimentations, la généralisation constitue un horizon potentiel de ce type de démarches. De telles opérations ne paraissent avoir en effet de sens, « *que si elles poursuivent un objectif de diffusion ou de généralisation et si elles peuvent, dans un second temps, profiter à un nombre d'individus beaucoup plus élevé, quitte à faire évoluer, les conditions de la mise en œuvre du dispositif initial* »¹⁸⁸. Si la généralisation est un horizon possible pour toute expérimentation, elle demande toutefois à être posée clairement comme un enjeu de l'action collective. En outre, les conditions selon lesquelles elle peut s'opérer nécessitent d'être discutées entre l'ensemble des porteurs du projet expérimental.

Lorsque ce n'est pas le cas, la généralisation perturbe, voire même court-circuite le déroulement des expérimentations. Concernant le cas qui nous intéresse, les enjeux nationaux pèsent fortement sur l'expérimentation locale, sur la suite de son déroulement et sur ses objectifs. En l'occurrence, l'ensemble des acteurs locaux ne partage pas une position identique quant à la généralisation et, plus précisément, quant au calendrier prévu par la CNAMTS. Si elle est pleinement soutenue par la sous directrice de la CPAM, qui y a intérêt dans le cadre de son cycle de formation, la CAF, la CARSAT et l'ODENORE tiennent une position différente. Ils conçoivent la plus-value d'une généralisation pour l'expérimentation, mais ils souhaitent que celle-ci n'empêche pas, au local, la réalisation de l'ensemble des étapes prévues dans la Convention de collaboration scientifique. Ils veulent en particulier garantir la mise en œuvre du travail de compréhension du non-recours à la complémentaire.

Car les acteurs nationaux ne souhaitent pas se saisir de l'ensemble de l'expérimentation - incluant le lancement d'enquêtes qualitatives auprès des non-recourants-, mais uniquement de

¹⁸⁸ Propos d'Etienne Grass, Conseiller social à la représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne lors du colloque organisé en 2010 par le Centre d'analyse stratégique (CAS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et intitulé *La cohésion sociale par ses instruments*. Séance de travail relative à l'expérimentation sociale, http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Seance_2_-_Synthese_des_echanges.pdf.

l'outil. Ceci afin d'engager rapidement des campagnes d'informations auprès des bénéficiaires potentiels de l'ACS qu'il permet d'identifier.

« La pression mise par la DSS visait à la reprise de la méthode pour se mettre en ordre de bataille rapidement... Pour envoyer des courriers sur l'ACS, pas pour chercher à comprendre de manière hyper fine ce qui se passait ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Dans cette optique, la CAF, la CARSAT et l'ODENORE craignent que la CPAM - qui a rappelons-le repris le pilotage de l'expérimentation - s'engage exclusivement dans la voie de l'action en matière d'ACS, se pliant ainsi aux injonctions de la CNAMTS et délaissant par la même la CMU-C, pour laquelle la Caisse nationale ne compte pas intervenir.

2.22 - Des enjeux d'action prenant le pas sur les enjeux de connaissance du non-recours

En effet, la sous directrice de la Caisse primaire, dans ce contexte de pression par le haut et face aux exigences temporelles de son cycle de formation, veut, d'une part, lancer au plus tôt une campagne locale d'information publipostée relative à l'ACS et, d'autre part, conclure le transfert de l'outil. Cette précipitation explique d'ailleurs qu'elle ait demandé aux techniciens de ne pas traiter les incohérences entre les bases de données. Parallèlement, la sous directrice explique ne plus être sûre de vouloir impliquer la CPAM dans la phase qualitative de l'expérimentation. Dans la mesure où la Caisse primaire possède les listings de non-recourants, la sous directrice a un argument de taille pour peser sur les discussions : elle peut, en effet, ne pas faire envoyer les questionnaires par ses services. Ce qu'elle annonce d'ailleurs à l'ODENORE, avant d'accepter finalement de procéder aux enquêtes, mais uniquement pour les non-recourants à l'ACS.

L'ODENORE et la CAF rappellent toutefois la CPAM à ses obligations, en tant que co-signataire de la Convention de collaboration scientifique. Parallèlement, afin de protéger l'outil et surtout de disposer d'une preuve quant à l'origine de sa création, l'ODENORE et nous même déposons l'intégralité du protocole méthodologique de repérage auprès de l'Institut national de la propriété industrielle (INPI), par l'intermédiaire d'une enveloppe

Soleau -moyen de preuve de création dont les formalités de dépôt à l'INPI sont peu contraignantes-. L'ODENORE et la CAF acceptent donc que l'outil soit repris et utilisé comme support aux campagnes d'information des bénéficiaires potentiels sur l'ensemble du territoire français. Ils veulent, en échange, avoir la certitude que la CPAM ne se désinvestisse pas du travail local de connaissance du non-recours et que celui-ci va bien être mené intégralement, pour l'ACS et pour la CMU-C. Par la même, ils veulent que la CPAM approfondisse la caractérisation des non-recourants, en utilisant les variables sociodémographiques dont elle dispose dans ses fichiers. Au moment où l'ensemble des protocoles méthodologiques composant l'outil est fourni à la CNAMTS, les choses ne sont néanmoins pas acquises concernant les modalités de la poursuite de l'expérimentation en Isère.

Par rapport à la CAF et à l'ODENORE, les prises de position de la CARSAT concernant l'expérimentation se font plus rares. Et pour cause : l'organisme est gêné par un élément de taille qui demande ici à être explicité. Dans le cadre de l'expérimentation, aucun échange d'informations ne voit le jour entre CARSAT et CPAM et les protocoles informatiques de quantification et d'identification du non-recours, concernant les Allocations du minimum vieillesse, ne sont jamais élaborés. Nous l'avons dit, suite à l'étude réalisée pour le Fonds CMU en 2006, le partenariat avec la CAF est sur les rails. L'implication de la CARSAT dans l'expérimentation est un peu plus tardive. Par conséquent, la demande à la CNIL pour encadrer les échanges dématérialisés entre l'organisme et la CPAM est déposée avec un décalage temporel, par rapport à celle visant à encadrer le partage de données entre la CAF et la Caisse primaire. En l'absence de l'autorisation, l'outillage ne peut s'enclencher. Une seule réunion a lieu avec les services de la CARSAT pour préparer « théoriquement » les échanges.

Lorsque les acteurs nationaux se penchent sur l'outil de repérage du non-recours pour le généraliser, l'autorisation n'est toujours pas parvenue aux expérimentateurs. Plusieurs demandes de précisions ont, en outre, été adressées par la CNIL concernant les modalités et les finalités du partage d'informations. La raison de cette situation est finalement assez simple. Au niveau national, la CNAMTS et la CNAVTS - têtes de réseau des CARSAT en France - ont décidé de faire travailler leurs propres directions techniques, sur la mise au point d'un outil de repérage du non-recours à l'ACS pour les Allocations du minimum vieillesse. Les Caisses nationales reprennent ainsi l'idée des expérimentateurs locaux. Dans cette optique, une demande conjointe CNAMTS/ CNAVTS est adressée à la CNIL, spécifiant la

volonté que le partage d'informations soit à terme appliqué à toutes les CPAM et CARSAT en France. En ce sens, la demande faite dans le cadre de l'expérimentation locale perd sa raison d'être. *In fine*, la CNIL n'accorde d'ailleurs pas l'autorisation aux acteurs locaux, au motif que de tels traitements informatisés vont être mis en place de manière nationale.

La place prise par le processus de généralisation de l'outil, tout comme le centrage progressif de l'ensemble de la direction de la CPAM sur l'enjeu d'évolution de carrière pour la sous directrice, impactent largement l'expérimentation dans ses objectifs, en amenant une focalisation sur l'ACS et sur les enjeux d'action en la matière. Ceci au dépend des enjeux de connaissance du non-recours à la complémentaire, de caractérisation des non-recourants et d'amélioration de l'outil. L'expérimentation est impactée jusque dans la délimitation de son objet, en étant privée d'une partie importante de son contenu relatif au minima sociaux gérés par la branche vieillesse. Cela entraînant, en l'occurrence, une impossibilité pour la CARSAT de négocier avec la CPAM des contreparties à la mise à disposition de ses informations sur les allocataires du minimum vieillesse. La perspective d'un rapprochement durable avec la Caisse primaire, et d'un partenariat plus serré pour améliorer localement l'accès aux droits et aux soins des publics précaires, semble s'éloigner.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Progressivement, les expérimentateurs déjouent les difficultés du partage d'informations entre branches de Sécurité sociale. Ils fabriquent, pas à pas, des protocoles informatiques constituant au bout du compte un outil de repérage du non-recours en matière de complémentaire. Fruit de conventions établies entre des acteurs de diverses natures progressant dans un système d'interactions informelles, contingentée par la mobilisation d'applications informatiques préexistantes et par les pressions exercées sur les techniciens, la représentation *in fine* produite par l'outil est double : elle est quantifiée à travers l'établissement de taux de non-recours primaire pour chaque minimum social et individualisée par le pointage, dans les bases de données de la CPAM, des allocataires de prestations familiales en non-recours aux dispositifs de l'Assurance maladie.

Pour autant, cette représentation ne dit rien des caractéristiques sociodémographiques de ces non-recourants, de leur consommation de soins ou de leur parcours par rapport à la complémentaire. Cette représentation ne reflète pas, non plus, la situation des personnes ayant une situation administrative gênée par la non certification informatique de leur NIR et dont on peut faire l'hypothèse qu'elles rencontrent pourtant des difficultés dans l'accès à leurs droits, maladie mais pas uniquement. Elle met, par ailleurs, de côté des populations dont la situation par rapport à la protection maladie est très incertaine, dans la mesure où elles ne sont pas connues par la CPAM. En ce sens, l'outil sous estime certainement l'ampleur du non-recours en matière de CMU-C et d'ACS.

S'arrêter sur l'outillage, sur ce qui le complexifie et ce qui lui permet de voir le jour, sur les décisions prises et ce qui les explique, nous a semblé important pour mieux comprendre la projection du non-recours permise par l'outil et les conséquences potentielles de celle-ci. La compréhension de ses fonctionnalités permet, parallèlement, d'analyser pourquoi certains acteurs portent progressivement un intérêt fort à l'outil. En fournissant une possibilité d'identification des non-recourants, il crée un moyen de contact avec les allocataires de minima sociaux éligibles à la CMU-C ou à l'ACS, mais qui ne bénéficient pas de leurs droits. De part cette fonctionnalité en particulier, il attire sur lui l'attention d'acteurs préoccupés par la lente montée en charge de l'ACS et qui souhaitent augmenter les taux de recours pour ne pas voir l'aide plus fortement remise en cause par ses détracteurs.

Même si l'argumentaire déployé par le Fonds CMU tend à concentrer l'attention sur l'amélioration de l'effectivité et de l'efficacité des droits à la complémentaire, les doutes quant à la pertinence de l'ACS existent toujours. Les détracteurs du dispositif sont attentifs aux arguments qui pourraient les aider à demander à nouveau la suppression du dispositif et la mise en place d'autres modalités de protection complémentaire pour les populations en marge de la CMU-C. Pour la Direction de la sécurité sociale (DSS), l'ouverture, permise par l'outil, d'une porte vers les bénéficiaires potentiels signe au contraire la possibilité de les informer de leurs droits et de tenter ainsi d'accroître le recours. La DSS tend toujours à démontrer la légitimité du choix fait, lors de la réforme Douste-blazy, pour répondre au problème de l'effet de seuil de la CMU-C. Elle demande donc à la CNAMTS de généraliser l'outil, créé localement, à l'ensemble du réseau des CPAM afin que celles-ci lancent des opérations de communication relative à l'ACS.

La démarche expérimentale donne à la puissance publique un rôle prépondérant, s'agissant de la décision d'étendre une expérimentation à une échelle plus grande. Des impératifs politiques surplombants, une échéance électorale, un contexte de réforme peuvent, par exemple, conduire à une généralisation hâtive et amener, par la même, « à écourter certaines phases expérimentales et à conclure de manière anticipée des résultats de l'expérimentation »¹⁸⁹. La généralisation peut ainsi se faire au prix d'une évaluation à mi parcours, d'une hiérarchisation ou d'un « élagage » arbitraire des objectifs expérimentaux, et d'une discordance des temporalités. Discordance en générale accrue par la diversité de nature de ces acteurs, le temps politique étant généralement plus court que le temps de l'expérimentation, le temps de la connaissance scientifique, de celui de l'action administrative¹⁹⁰.

Concernant l'expérimentation Iséroise, la perspective de la généralisation a plusieurs conséquences : d'une part, en mettant une pression temporelle sur les acteurs locaux, elle limite l'affinage de la représentation du non-recours, la caractérisation des non-recourants et leur distribution potentielle en sous catégories, présentant des caractéristiques socio-économiques spécifiques. Elle empêche aussi de prendre du temps pour faire entrer, dans le spectre de visibilité, des populations « rejetées » par des dysfonctionnements informatiques. D'autre part, elle participe à centrer l'attention sur le non-recours à l'ACS et sur les enjeux d'action immédiat en la matière. Tant au niveau national que local. Ce faisant, la généralisation contribue à mettre de côté la CMU-C et, plus globalement, à marginaliser une approche cognitive, explicative et sociale du non-recours. En effet, l'usage de l'outil, par l'ensemble des CPAM, ne vise aucunement le déploiement d'enquêtes pour comprendre le non-recours. Et la mise en œuvre de la phase qualitative de l'expérimentation en Isère est plus incertaine que jamais.

¹⁸⁹ Propos de Marie-Automne Thépot, responsable du Fonds d'expérimentation pour la Jeunesse à la Direction de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative (DJEPVA), lors du colloque organisé en 2010 par le Centre d'analyse stratégique (CAS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et intitulé *La cohésion sociale par ses instruments*. Séance de travail relative à l'expérimentation sociale, http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Seance_2_-_Synthese_des_echanges.pdf.

¹⁹⁰ Idem.

Chapitre 9.

L'élaboration d'une stratégie d'action par la branche Maladie pour traiter la non-connaissance et la non-réception des droits.

« En 2007, la CPAM de Grenoble en relation avec la CAF a expérimenté une nouvelle forme de coopération pour identifier les bénéficiaires potentiels de l'ACS. La pertinence des résultats obtenus sur les croisements des informations détenues par les deux organismes a amené la CNAMTS, en 2008, à généraliser cette opération sur l'ensemble des CPAM et à en faire le support d'une campagne d'information publipostée ».

Extrait du quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU, 2009.

Au sein de ce dernier chapitre et pour continuer à analyser l'institutionnalisation du non-recours en matière d'Assurance maladie, nous allons suivre les usages qui ont été faits de l'outil de repérage du non-recours créé en Isère. Ce faisant, notre objectif est de comprendre dans quelle mesure ces usages ont participé à positionner le non-recours au cœur de la branche Maladie de la Sécurité sociale et à lui donner une forme particulière, celle avec laquelle il sera introduit pour la première fois dans une Convention d'objectifs et gestion (COG) de la branche en 2010.

Pour ce faire, il nous semble important de revenir sur le processus de généralisation et le transfert officiel, par la CNAMTS, de cet outil de repérage du non-recours. Il convient d'en comprendre l'usage immédiat, dans le cadre de la stratégie de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) visant à renforcer l'effectivité de l'ACS. L'outil, généralisé à tout le réseau des

CPAM en France par une circulaire¹⁹¹ de la direction de la réglementation de la CNAMTS en avril 2008, sert en effet initialement de support à l'envoi de milliers de courriers d'information vers les non-recourants, qu'il permet d'identifier.

Cependant, au delà de cette utilisation dans l'urgence, le transfert enclenche, à la Caisse nationale, un mouvement interne de renforcement de la détection de l'éligibilité et du non-recours aux dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée. Ce mouvement est porté par le groupe de travail « accès aux droits et aux soins des publics précaires », qui a suivi le processus de généralisation de l'outil. Le transfert produit ainsi un « effet cliquet » (Revil, 2009) : il amène la CNAMTS à aller de l'avant sur la prise en compte du non-recours et à poursuivre le développement de procédures d'identification des personnes en situation de fragilité, s'agissant de leur protection maladie complémentaire. La catégorie des non-recourants apparaît à la Caisse nationale comme un point de départ opérationnel pour renforcer l'accès à la complémentaire santé des populations démunies. Depuis 2004, cet accès est, nous l'avons dit, affiché comme un axe principal de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, dans le cadre de la politique de gestion du risque maladie. En 2008, il constitue l'une des orientations principales du Plan qualité et efficience (PQE) maladie, annexé à la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Si le développement du repérage des non-recourants est un point de départ, la CNAMTS veut également réfléchir aux actions à mettre en place afin de rapprocher les personnes de leurs droits à la complémentaire. L'information par courriers n'étant certainement pas suffisante, comme le signale le pilote du groupe de travail de la CNAMTS. Selon lui, la réflexion sur les modalités d'intervention demande, d'une part, d'évaluer les effets des campagnes d'information publiées que l'outil a permis de déployer et, d'autre part, de mieux connaître le profil des personnes en non-recours et les raisons de leur situation par rapport à la CMU-C et à l'ACS. La rapidité du processus de généralisation a restreint l'affinage de la représentation des non-recourants par les expérimentateurs locaux et la compréhension de leurs situations, ne fournissant ainsi pas de grilles d'explications du non-recours. Dans ce cadre, les causes du phénomène en matière d'ACS restent largement supposées. On en sait davantage concernant la CMU-C.

¹⁹¹ Les circulaires internes à la CNAMTS au travers desquelles elle donne ses instructions aux CPAM sont des Lettres réseaux. Les Lettres réseau sont ainsi les documents réglementaires par lesquels la Caisse nationale encadre les actions des caisses locales.

Pendant plusieurs mois, le groupe de travail de la CNAMTS fait converger vers lui les constats des CPAM concernant les résultats et les effets de la campagne publipostée auprès des bénéficiaires de l'ACS. Il demande aussi à l'ODENORE de présenter les résultats issus de l'étape de connaissance qualitative du non-recours en Isère, les expérimentateurs locaux ayant finalement réussi à préserver la réalisation des enquêtes par questionnaires auprès des personnes identifiées en non-recours. Deux constats émergent, à la confluence de ces initiatives.

Premièrement, la variable informationnelle ressort comme déterminante ; elle ne prend cependant pas majoritairement la forme d'une absence totale d'information sur les dispositifs, mais d'une somme d'incompréhensions qui viennent jaloner les parcours d'accès aux droits (Revil, 2010). Cela confirme les résultats des études de 2006 relatives à la CMU-C et montre que pour l'ACS aussi, la non-connaissance des droits côtoie la non-réception, deux types de non-recours que nous qualifions de non accès. Ceci par opposition au non-recours par non demande. Autrement dit, en matière de CMU-C et d'ACS, certaines personnes sont en non-recours parce qu'elles ne connaissent pas leurs droits. D'autres ont engagé des démarches pour en bénéficier, mais les ont abandonnées en cours de route à cause d'incompréhensions diverses. Pour ces dernières, le non-recours rentre donc dans la catégorie de la non-réception des droits, décrite par l'ODENORE (Warin, 2010).

Deuxièmement, l'information par courriers n'a amené qu'une petite partie des non-recourants à venir demander leurs droits. Pour la majorité, elle n'a pas permis de lever les diverses incompréhensions relatives à l'ACS. Le groupe de travail de la CNAMTS constate, d'ailleurs, que les quelques CPAM ayant mis en place des procédures plus spécifiques pour accompagner les personnes tout au long des processus d'accès CMUC ou ACS, aboutissent à de bons résultats en termes d'ouverture de droits. Parallèlement, les conclusions d'une seconde expérimentation menée en Isère par l'ODENORE avec la CARSAT Rhône Alpes soulignent les conséquences positives d'actions d'explication de la CMU-C et de l'ACS (Chauveaud et Warin, 2009).

En croisant ces constats, le groupe de travail conclut que la modification des comportements des non-recourants dans le sens voulu par l'Assurance maladie -à savoir qu'ils fassent une demande de droit et aillent au bout de leurs démarches- suppose qu'ils comprennent mieux les

modalités de l'accès à la CMU-C et à l'ACS. Cela sous-entend que ces modalités leur soient expliquées par les CPAM. Le groupe rédige alors une seconde circulaire à destination des Caisses primaires. Diffusée en juin 2009, elle trace le cadre d'une stratégie d'intervention pour limiter et traiter le non-recours par non accès, privilégiant l'accompagnement des personnes tout au long des étapes de leur parcours vers la complémentaire et vers les soins.

Au sein de ce chapitre, nous faisons l'hypothèse que la généralisation et l'usage de l'outil élaboré en Isère a un effet cliquet concernant la prise en compte du non-recours par la branche Maladie. Dans la foulée du transfert et par des effets en chaîne (Watzlawick, 1980), l'institution s'investit pour consolider et déployer le repérage des non-recourants, mais également pour élaborer une stratégie d'intervention visant à traiter le non-recours par non accès. Cette stratégie place en son cœur l'explication ciblée et l'accompagnement individualisé et engage une évolution du rapport entre la branche et les ressortissants précaires.

SECTION 1.

LA GENERALISATION DE L'OUTIL DE DETECTION DU NON-RECOURS. ENTRE USAGE IMMEDIAT ET « EFFET CLIQUET ».

Pressée par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) soucieuse de lancer rapidement des campagnes d'informations relatives à l'ACS, un groupe de travail de la CNAMTS prépare la circulaire qui tend à officialiser la généralisation de l'outil créé en Isère. Les fonctionnalités relatives à la CMU-C sont mises de côté, tandis que de nouvelles requêtes voient le jour concernant les allocataires des aides au logement des CAF. L'outil est étendu à l'Allocation spécifique personnes âgées (ASPA), minimum vieillesse servi par les CARSAT. La circulaire est diffusée en avril 2008 et donne lieu, dans les mois suivants, à l'envoi de centaines de milliers de courriers, à travers la France, afin de toucher un maximum de bénéficiaires potentiels de l'ACS.

Dans la continuité, le groupe de travail « accès aux droits et aux soins » de la CNAMTS choisit de travailler à l'optimisation de l'outil de repérage des non-recourants. Il souhaite, plus globalement, inciter les caisses à mettre en place des pratiques de repérage. L'outil ouvre une direction méthodologique qui peut les guider dans cette tâche. L'objectif surplombant est d'aller vers un déploiement homogène et systématique, dans la branche Maladie, de l'identification des non-recourants, base potentielle pour intervenir auprès de populations fragilisées dans leur accès aux soins par l'absence de complémentaire maladie.

En ce sens, le groupe de travail voit dans la catégorie des non-recourants un levier opérationnel à actionner dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Elle peut en effet permettre à l'Assurance maladie d'atteindre les objectifs qui ont été fixés dans la COG 2006-2009 en matière d'accès à la complémentaire. Alors que les renoncements aux soins sont à la hausse depuis deux années et que les franchises médicales prévues par la réforme Douste-Blazy se déploient dans leur intégralité, en 2008, rendre visibles les personnes en non-recours à la complémentaire apparaît plus que jamais nécessaire.

1.1 - L'usage immédiat de l'outil pour informer les non-recourants à l'ACS

Il nous faut revenir quelque peu sur la situation du dispositif de l'aide à la mutualisation en 2007 et sur la stratégie déployée par la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé en la matière, pour bien comprendre le contexte dans lequel la généralisation de l'outil s'opère. Dès sa mise en place, l'aide à la mutualisation a fait l'objet de controverses. Son adaptation par rapport aux besoins de la population à laquelle elle est destinée a, en particulier, été mise en doute. Pour contrer ces critiques, la DSS a très vite voulu démontrer que l'aide pouvait trouver son public. Des mesures ont ainsi été prises pour la rendre plus « attractive » : la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006 ouvre la possibilité pour les bénéficiaires de l'aide à la mutualisation, de bénéficier du tiers payant sur la partie de leurs frais de santé prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Cela exclusivement s'ils respectent le parcours de soins coordonnés. Parallèlement, le plafond de ressources donnant accès à l'aide est relevé de 33%. Son montant augmente aussi pour chaque catégorie d'âge. Malgré ces mesures, la hausse du nombre de demandes d'aide à la mutualisation n'est pas flagrante. Fin 2006, le Fonds CMU en dénombre un peu plus de 330 000, portant le taux de recours à environ 15% de la population cible -estimée à environ 2,2 millions de personnes- et donc le taux de non-recours à 85%.

1.11 – Une stratégie d'intervention initialement centrée sur l'information

Dans ce contexte, un groupe de travail est mis en place par la DSS pour discuter collectivement de nouvelles mesures qui pourraient améliorer l'effectivité du dispositif. Nous avons évoqué la création de ce groupe dans le précédent chapitre. Rappelons tout de même qu'il associe des représentants des régimes de base de l'Assurance maladie et des Organismes complémentaires (OC), ainsi que le Fonds CMU. Puisque les évolutions relatives au contenu de l'aide à la mutualisation et à la hausse de son plafond d'accès ne paraissent pas modifier franchement la donne, la Direction de la Sécurité sociale fait à nouveau l'hypothèse que le non-recours au crédit d'impôt s'explique par un manque de communication. Le directeur de la DSS souligne d'ailleurs lors de notre entretien que cette piste a très tôt été celle qu'il pensait la plus judicieuse :

« Quelque part, on savait depuis le départ que le non-recours s'expliquait par un manque d'information, en fait ce n'était peut-être pas la peine d'aller chercher bien plus loin pour dynamiser le dispositif ».

Entretien avec Dominique Libault, directeur de la DSS du ministère de la Santé, juin 2009.

A cette période, aucune étude n'a encore porté spécifiquement sur le non-recours à l'aide à la mutualisation. Un extrait du 3^{ème} rapport d'évaluation de la loi CMU l'indique :

« Aucune étude spécifique massive n'a été menée sur ce non-recours à l'aide à la mutualisation. Par contre, à l'occasion des études sur le non-recours à la CMU, la méconnaissance de ce dispositif a été relevée ».

Extrait du 3^{ème} rapport d'évaluation de la loi CMU, 2007.

En effet, rappelons que l'étude de l'IRTS conduite sur le non-recours à la CMU-C, en 2006, approche le phénomène, bien que ce ne soit pas là son objet principal. Elle indique que 100 % des personnes éligibles au crédit d'impôt, rencontrées dans le cadre de ce travail, n'ont pas fait valoir leurs droits. La raison principale qu'elles apportent est la méconnaissance de cette aide (Berrat et Paul, 2006). La responsable de l'étude, Brigitte Berrat, souligne toutefois le manque de solidité de ces constats. Fin 2006, une mutuelle s'adressant à un public handicapé a également conduit un travail sur le non-recours à l'aide à la mutualisation. Elle l'a fourni au Fonds CMU (Fonds CMU, 2007). La mutuelle a déterminé, en fonction du niveau de ressources de ses assurés, qu'environ 25 000 d'entre eux pouvaient être des bénéficiaires potentiels de l'aide. Pourtant, seuls 6 700 assurés en bénéficient réellement, soit environ 25% de la cible théorique. L'organisme souligne que le public concerné, tout comme les organismes de tutelle œuvrant auprès des personnes handicapées, disent connaître très peu le dispositif et avoir du mal à appréhender les démarches administratives à mettre en œuvre auprès des CPAM.

Le Fonds CMU présente ce travail au groupe piloté par la DSS et rappelle les constats faits par Brigitte Berrat. Le manque d'information se profile ainsi comme une cause probable du non-recours au crédit d'impôt. Cependant, début 2007, une étude de l'IRDES paraît sur l'aide à la mutualisation : elle indique que le non-recours s'explique principalement par un reste à payer trop élevé pour les bénéficiaires potentiels, au regard de leurs revenus annuels (Franc et

Perronin, 2007). L'Institut montre que la part financière des ménages souscripteurs s'élève, après bénéfice de l'aide, à près de 60 %. Ce pourcentage atteignant même 70% pour les moins de 25 ans. Le reste à charge moyen par ménage bénéficiaire est ainsi de 398€ par an, ce qui représente 4,5% de leur revenu annuel. Pour comparaison, le montant moyen que les ménages non éligibles à l'ACS consacrent, par an, à leur complémentaire santé est de 950€. Cette somme, bien qu'intégralement à leur charge, représente 3,5% de leurs revenus annuels moyens. Il ressort, en outre, de l'évaluation, que les contrats ouvrant droit à l'ACS proposent des garanties moyennes, voire nettement plus faibles que les autres contrats complémentaires. Ainsi, même lorsque les personnes bénéficient de l'ACS, elles ne peuvent prétendre à des contrats et à des garanties de qualité, leur assurant un niveau correct de remboursements de santé, en particulier pour des soins peu pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) (Franc et Perronin, 2007).

Ces résultats relancent les débats sur la pertinence de l'aide. A cause du reste à payer après déduction de l'ACS, les personnes disent ne pas être intéressées par ce dispositif et expliquent ainsi leur non-recours. Les tensions relatives au dispositif se réactivent et le groupe de travail piloté par la DSS en est le théâtre. Hélène Goury, chargée de mission ACS pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui participe au groupe, le suggère :

« On avait des perceptions différentes sur le non-recours... Toujours de deux natures : problèmes d'information et reste à payer trop élevé. On a beaucoup échangé, les positions étaient un peu source de conflits, mais sur cette aide ce n'était pas nouveau. La direction du ministère est restée sur ces positions, il fallait informer pour faire mieux ».

Entretien avec Hélène Goury, Chargée de mission ACS, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), octobre 2008.

Malgré les désaccords dans le groupe, la DSS privilégie la piste du manque d'information pour expliquer le non-recours. En l'occurrence, en se concentrant sur cette hypothèse, elle évite toujours de mettre en cause la pertinence du dispositif, d'explorer d'autres voies pour protéger les populations qui dépassent le seuil de la CMU-C et renvoie, par la même, la responsabilité du non-recours vers les régimes de base de l'Assurance maladie. Ce sont eux en effet qui, d'après la direction, sont à l'origine de l'insuffisante communication faite sur le crédit d'impôt. Elle met en cause leur investissement en la matière :

« Il fallait voir les choses en face, les organismes d'Assurance maladie ont beaucoup critiqué ce dispositif et je crois que leur implication à le mettre en œuvre en a pâti ».

Entretien avec Dominique Libault, directeur de la DSS du ministère de la Santé, juin 2009.

Ainsi, les travaux du groupe se focalisent-ils sur des solutions permettant de renforcer la connaissance de l'aide à la mutualisation par ses bénéficiaires potentiels. Des mesures très générales de communication voient, en premier lieu, le jour : le changement de nom du dispositif est décidé. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie l'a dénommé crédit d'impôt. Considérant que ce nom engendre des incompréhensions pour les bénéficiaires potentiels de ce droit, la DSS décide de remplacer « crédit d'impôt » par « chèque santé ». Cette appellation étant cependant juridiquement protégée, un troisième nom voit le jour : Aide à la complémentaire santé (ACS)¹⁹². Parallèlement, les attestations délivrées par les CPAM, lors d'une ouverture de droit, doivent désormais prendre la forme d'une « lettre chèque ». Celle-ci tend à spécifier de manière plus claire le montant de l'aide, afin de donner à voir immédiatement aux bénéficiaires l'avantage pécuniaire qui leur est proposé pour financer leur protection maladie complémentaire.

En second lieu, la DSS souhaite qu'une opération de communication soit plus spécifiquement menée auprès des bénéficiaires potentiels de l'ACS. Les réunions pilotées par la direction se concentrent donc, dès le milieu de l'année 2007, sur l'élaboration de vastes campagnes d'information publipostées. Celles-ci demandent, toutefois, de réaliser concrètement le ciblage individuel des bénéficiaires potentiels de l'ACS pour pouvoir leur écrire. C'est donc, dans ce second axe de la stratégie de la Direction de la sécurité sociale (DSS), que s'intègre la généralisation de l'outil créé par les expérimentateurs locaux. L'outil signalé au groupe de travail par la CNAMTS intéresse d'autant plus que le calcul de ressources opéré par les CAF aboutit à un ciblage relativement fin des bénéficiaires potentiels de l'ACS. De plus, le recoupement avec les bases de données des CPAM permet d'extraire des listings ceux qui bénéficient déjà de leurs droits. L'intérêt est donc, selon la DSS, de pouvoir limiter les coûts des campagnes d'information postale, liés notamment à l'affranchissement des courriers, et de toucher prioritairement les bénéficiaires potentiels effectivement en non-recours.

¹⁹² Pour des raisons pratiques et de fluidité dans l'écriture, nous avons déjà employé le terme ACS dans certains passages de notre travail, mais il convient de noter que le dispositif ne prend ce nom qu'en 2007.

1.12 - La concrétisation du transfert de l'outil sous la pression de la DSS

La DSS impose à la CNAMTS de généraliser rapidement l'outil. A la Caisse nationale, ce processus est orchestré par le groupe de travail mis en place dans la foulée du 3^{ème} rapport d'évaluation de la CMU pour traiter de la question des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C. Nous avons signalé cette création. Ce groupe est composé de représentants de la direction déléguée à la Gestion et à l'Organisation des soins (DDGOS), de la mission Conciliation, de la direction de la Réglementation (DREGL) et de la direction des Opérations (DDO) de la CNAMTS. Il compte aussi des représentants des CPAM de Grenoble, de Lyon et de Paris.

Intitulé initialement « accès aux soins », ce groupe devient au cours de l'année 2007 « accès aux droits et aux soins des publics précaires ». Cela peut paraître symbolique mais marque toutefois les prémices d'une nouvelle orientation de travail. Durant les premiers mois de l'année 2007 en effet, le groupe s'est centré sur la rédaction d'une circulaire pour faciliter les procédures de signalements des refus de soins par les personnes qui en sont victimes. Il a aussi tissé la trame d'une convention permettant une collaboration accrue entre les organismes d'Assurance maladie et les associations oeuvrant en matière de santé, pour prévenir et prendre en charge les refus de soins (encadré 25). La concrétisation de ces actions et leur validation par la direction générale de la CNAMTS prennent toutefois du temps, le sujet étant source de tensions entre l'institution et les professionnels de santé. Dans ces conditions, les missions du groupe s'élargissent peu à peu pour se concentrer sur l'articulation entre accès aux droits et accès aux soins. L'objectif de la limitation des pratiques discriminantes qui existent parmi les professionnels de santé est bien aussi d'éviter que des bénéficiaires potentiels de la CMU-C renoncent à demander leurs droits par crainte d'être victimes de telles pratiques.

Encadré 24

Le traitement des refus de soins par l'Assurance maladie

Les investigations et réflexions du groupe concernant l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C ont abouti à la diffusion de la circulaire du 30 juin 2008 sur le traitement des refus de soins impliquant en particulier les conciliateurs présents dans les CPAM, ainsi qu'à l'élaboration d'un suivi sur les 5% de praticiens recevant le moins de bénéficiaires de la CMUC. Des textes ont également été rédigés pour instaurer un partenariat avec les associations oeuvrant sur les problématiques de santé rencontrées par les précaires. Parallèlement, le groupe a prévu l'organisation au printemps 2009 de réunions inter-régionales pour sensibiliser davantage les CPAM sur le sujet des refus de soins. 6 réunions sont envisagées, avec un objectif principal d'interactivité entre la CNAMTS et le réseau des Caisses pour améliorer le traitement du problème. Il est prévu que les associations qui oeuvrent sur le plan local en partenariat avec les Caisses sur l'accès aux droits et aux soins soient invitées à se joindre aux réunions.

Source : compte-rendu de la réunion de groupe « accès aux droits et aux soins », novembre 2008.

Ce changement d'orientation est porté en particulier par le pilote du groupe, Jacques Amalric. Il fait partie, à la CNAMTS, des quelques acteurs « convaincus » de longue date du caractère problématique du non-recours à la complémentaire et de la nécessité de mettre en place des actions pour y remédier. Jacques Amalric, avant d'être chargé de mission au sein de la direction déléguée à la Gestion et à l'Organisation des soins de la CNAMTS, a passé la plus grande partie de sa carrière dans les CPAM. Il a œuvré quotidiennement pour améliorer l'accès des personnes précaires aux prestations de l'Assurance maladie et pour que celles-ci disposent du même accès aux soins que les autres assurés. J. Amalric a en outre dirigé pendant de nombreuses années la CPAM de Bourg-en Bresse, reconnue par la CNAMTS pour son investissement précurseur et fort auprès des assurés précaires. En 1986, il a impulsé l'ouverture d'un Centre d'accueil et de soins (CASO) de Médecins du monde (MDM), dans les locaux de la CPAM, initiative très innovante pour l'époque :

« Pour moi, l'accès de tous à l'Assurance maladie ça a toujours été important. Je considère que certains ont plus de difficultés que d'autres et que c'est notre mission de faire des choses pour ces personnes là. Quand j'étais directeur de la Caisse primaire de Bourg, j'ai fait ouvrir le premier centre de Médecins du monde dans une caisse. A l'époque, je peux vous dire que c'était surprenant pour beaucoup. La proximité avec les associatifs a été centrale. La Caisse de Bourg s'est beaucoup investie sur les questions de l'accès aux soins des démunis, des « pauvres » et elle est connue pour ça. Vous savez la CNAMTS sait très bien que certaines

caisses se sont plus préoccupées de telle question ou de telle autre. Et sur les plus précaires, c'est clair que toutes les caisses n'ont pas eu un niveau d'implication équivalent, le non-recours, tout ça, certaines caisses ça leur passe au-dessus ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Convaincu du rôle à jouer par l'Assurance maladie dans la limitation des inégalités d'accès aux soins, il voit, lorsque son groupe de travail est chargé de suivre la généralisation de l'outil Isérois, une occasion pour contribuer à introduire davantage le non-recours à la complémentaire dans les préoccupations de la branche Maladie :

« Quand la DSS a voulu la généralisation de l'outil de Grenoble, moi je me suis dit qu'il ne fallait pas s'en servir juste une fois pour envoyer des courriers mais qu'on pouvait faire plus. En repérant les personnes qui n'ont pas leurs droits, on leur donne de la visibilité ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Raphaëlle Verniolle, qui a suivi pour la CNAMTS la réalisation de l'étude de 2006 sur le non-recours à la CMU-C à la CPAM de Grenoble, puis le déroulement de l'expérimentation Iséroise, est également présente dans le groupe de travail « accès aux soins et aux droits des publics précaires ». Elle contribue à orienter la réflexion sur l'accès aux droits et à renforcer l'attention des acteurs de l'Assurance maladie sur le non-recours :

« Ce groupe a été l'occasion de signaler des chiffres sur le non-recours, de souligner que c'était quelque chose d'important, ça a permis de diffuser des idées ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, ancien agent de la direction de la Réglementation de la CNAMTS, juin 2010.

Fin 2007, le groupe commence à tisser le canevas de la circulaire, la Lettre réseau - si l'on utilise le terme employé par l'Assurance maladie - officialisant la généralisation de l'outil de repérage du non-recours. Elle est transmise aux CPAM le 29 avril 2008. Intitulée « *Campagne d'information et de sensibilisation à l'égard des personnes potentiellement éligibles à l'Aide*

pour une complémentaire santé (ACS) »¹⁹³ (annexe 5), ce document rappelle l'origine local de l'outil et explicite l'utilisation que doivent en faire les CPAM. Des annexes précisent les traitements informatiques à appliquer aux données fournies par les CAF, ainsi que la marche à suivre pour extraire les non-recourants des BDO des CPAM.

Cette circulaire indique parallèlement « que les fichiers constitués sont essentiellement destinés au publipostage et que les envois doivent être effectués le plus rapidement possible. Ils contiennent un courrier d'information, présentant globalement le dispositif de l'ACS et les démarches à effectuer. Pour faciliter les démarches des personnes et éviter l'affluence dans les bureaux d'accueil des CPAM, le courrier doit être accompagné du formulaire de demande d'ACS »¹⁹⁴. En ce sens, le document rappelle que les fichiers sont mobilisés dans un objectif d'intervention et non pour effectuer des enquêtes qualitatives visant à améliorer la compréhension du non-recours à l'ACS. Elle précise également les modalités de suivi de la campagne de publipostage par la CNAMTS et les CPAM.

En parallèle, la CNAF rédige une circulaire pour signaler « la participation de la branche Famille à l'effort de promotion de la DSS s'agissant de l'ACS »¹⁹⁵. Elle indique que, dans ce cadre, les CAF doivent effectuer la détection de l'éligibilité des bénéficiaires potentiels, en procédant à un calcul de ressources, et mettre à disposition de l'Assurance maladie leurs informations. La circulaire souligne aussi que l'objectif de la DSS est « d'agir, selon des modalités administratives traditionnelles, pour renforcer le plus largement possible la connaissance générale qu'ont les bénéficiaires potentiels de l'ACS »¹⁹⁶. Dans cette perspective, la démarche est étendue aux allocataires des aides au logement.

Parallèlement, rappelons la décision de la CNAMTS de procéder elle-même, en partenariat avec la CNAVTS et en se servant du modèle fourni par les expérimentateurs, à la conception de l'outil de repérage concernant l'Allocation spécifique personne âgée (ASPA). Finalement, cette opération lui apparaît trop complexe et trop longue à mettre en œuvre. Elle choisit, par conséquent, de considérer que toutes les personnes isolées bénéficiaires de l'ASPA satisfont les conditions de ressources de l'ACS. Il n'est donc procédé ni à un calcul de ressources pour chaque allocataire du minimum vieillesse, ni à la recherche par les CPAM, dans leurs

¹⁹³ Lettre réseau LR-DDO-80-2008.

¹⁹⁴ Extrait de la lettre réseau LR DDO 80 – 2008 de la CNAMTS.

¹⁹⁵ Extrait de la circulaire de la CNAF, Direction de l'action sociale, avril 2008.

¹⁹⁶ Idem.

systèmes d'informations, des non-recourants. Le ciblage des allocataires ASPA, éligibles à l'ACS, est donc moins précis que celui opéré pour les prestations familiales. Ce qui démultiplie le coût de la campagne d'information. En outre, les courriers ne sont pas envoyés par les CPAM, mais directement par la branche Vieillesse. 376 000 envois sont ainsi effectués par les CARSAT. Tous sont accompagnés d'un formulaire de demande d'ACS.

A partir de mai 2008, les CAF transmettent, quant à elles, les fichiers de bénéficiaires potentiels aux CPAM qui envoient des milliers de courriers, 470 000 exactement. Toutes les Caisses primaires ne donnent pas suite aux instructions de la CNAMTS : 97 des 128 caisses appliquent la circulaire entre mai et octobre 2008. 29 CPAM ne le font pas. Celles-ci expliquent le non suivi des instructions par un manque de personnels à consacrer à ce qu'elles jugent être une opération très lourde et complexe. Certains points techniques, relatifs à la transmission des fichiers par les CAF et à leur tri par les techniciens des CPAM, leur posent particulièrement problème (Fonds CMU, 2009). Ces avis intéressent le groupe de travail « accès aux droits et aux soins » de la CNAMTS qui, une fois la circulaire diffusée, entame une réflexion sur l'optimisation de l'outil de repérage du non-recours.

1.2 - Un « effet cliquet » dans la détection des non-recourants à la CMU-C et à l'ACS

Jacques Amalric, pilote du groupe, indique lors d'une réunion en novembre 2008 que « *si les investigations ont, jusqu'à présent, porté sur l'accès aux soins des assurés relevant de la CMU-C, puis sur la campagne d'information relative à l'ACS, dorénavant, les travaux du groupe concernent davantage la mise en place d'autres actions destinées à faciliter l'accès aux droits des publics précaires. Les travaux portent en l'occurrence sur tous les assurés pour lesquels il est possible de définir un taux de non-recours au dispositif qui les concerne, ACS et CMU-C donc* »¹⁹⁷. Dans cette optique, l'usage de l'outil est l'occasion d'engager des discussions concernant, en premier lieu, la détection des assurés éligibles à la CMU-C et à l'ACS qui ne demandent pas leurs droits.

¹⁹⁷ Extrait du compte rendu de la réunion de novembre 2008, fourni par J. Amalric.

1.21 - L'outil, un « effet cliquet » pour aller de l'avant sur le non-recours

L'outil donne, en outre, un exemple concret de ce qu'il est possible de faire à partir d'échanges d'informations dématérialisées sur des publics connus par l'une ou l'autre des branches de Sécurité sociale. Il évite, par la même, un investissement méthodologique initial jugé coûteux par la plupart des acteurs de la CNAMTS, comme nous l'avons précédemment indiqué. Ainsi et alors que la Caisse nationale a souvent justifié son désintérêt pour le non-recours à la complémentaire par l'absence de connaissances et la difficulté d'en produire, l'outil lui donne une possibilité de quantifier et d'identifier les situations de non-recours à ses dispositifs. Dans ce cadre, il lui est difficile de revenir en arrière et de continuer à « *botter en touche au prétexte que voir le non-recours est trop complexe* »¹⁹⁸. L'expérimentation et sa généralisation quelque peu imposée par la DSS créent un « effet cliquet » au sein de l'Assurance maladie, « *effet empêchant, ou freinant fortement, le retour d'un processus à une situation antérieure une fois un certain stade dépassé* »¹⁹⁹. Ceci par analogie au mécanisme technique du cliquet, qui évite à un système de revenir en arrière et le force implicitement à aller de l'avant (Revil, 2009). Jacques Amalric nous explique d'ailleurs que :

« La CNAMTS a voulu poursuivre en automatisant le processus issu de l'expérimentation de Grenoble dans le cadre d'une convention d'échange avec la CNAF et la CNAVTS pour le routage systématique des flux dématérialisés. Il importait cependant que le processus soit revu pour être utilisé en cycle d'exploitation normale et étendu à d'autres prestations. Plus simplement, l'idée c'était de dire, on a des choses qui ont été mises en place pour pointer les personnes qui n'ont pas leurs droits, on s'en sert et on améliore ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Progressivement donc, les échanges d'informations avec les branches Famille et Vieillesse deviennent routiniers et des campagnes d'information se déclenchent automatiquement et à intervalles réguliers auprès de gros volumes de personnes identifiées en non-recours à la CMU-C ou à l'ACS. En 2009 lors de la création du Revenu de solidarités actives (RSA), qui remplace le RMI et l'API, de telles procédures sont immédiatement instaurées pour la

¹⁹⁸ Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

¹⁹⁹ Définition de l'effet cliquet par le Larousse, 2012.

nouvelle prestation. D'autant plus qu'il existe une présomption d'éligibilité à la CMU-C pour les allocataires du RSA (Angèle, Chadelat et Verniolle, 2011). Le renforcement de la détection des non-recourants par l'Assurance maladie ne porte toutefois pas uniquement sur l'amélioration de l'outil élaboré localement. Ni exclusivement sur le repérage à partir d'échanges d'informations entre organismes de Sécurité sociale.

En parallèle, il s'agit bien pour les CPAM de développer des procédures appuyées sur la fouille de leurs propres bases de données, selon les techniques du datamining dont nous avons eu l'occasion de parler. Quelques CPAM ont, en outre, déjà imaginé de telles méthodes dans le cadre notamment de la démarche ARIANE. On observe, parallèlement, que des caisses imaginent des protocoles pour détecter les personnes sans droits complémentaires parmi les allocataires de l'Allocation spéciale d'invalidité (ASI), prestation servie par la branche Maladie. D'autres travaillent sur les bénéficiaires de la CMU de Base afin de déterminer s'ils peuvent être éligibles au volet complémentaire de cette couverture. La CNAMTS tend à faire remonter ces initiatives, à rédiger des circulaires pour encadrer peu à peu les pratiques des CPAM en la matière et aller vers une homogénéisation, comme le suggère Jean Loup Nicolai, responsable du service précarité de la CPAM de Paris et membre du groupe de travail « accès aux droits et aux soins » :

« On a décidé dans le groupe de mettre aussi en cohérence les initiatives locales en matière de croisement de fichiers internes à l'institution Sécu. Les initiatives aussi de repérage uniquement à partir des données des CPAM. Tout ça afin de mieux détecter l'éligibilité et le non-recours aux dispositifs de protection ».

Entretien avec Jean Loup Nicolai, responsable du service précarité de la CPAM de Paris, avril 2009.

Par la même, à côté des méthodes informatisées, les représentants des CPAM dans le groupe échangent sur les possibilités de repérer les personnes en non-recours à la CMU-C et à l'ACS « au cas par cas ». Soit par l'accueil « du tout venant » au guichet, soit par la mise en place, dans les Caisses primaires, d'agents se spécialisant dans le repérage et la prise en charge des personnes qui rencontrent des difficultés d'accès à leurs droits. Cette logique de signalement « au cas par cas » peut aussi se déployer au delà des murs des CPAM, la détection s'organisant alors, en fonction des territoires, avec les organismes de Sécurité sociale, les CCAS, les Conseils généraux ou les associations. Le groupe invite des CPAM qui ont instauré

des pratiques « d'alerte » associant différents partenaires sur un territoire à venir présenter leurs initiatives. Selon Jacques Amalric, « *il s'agissait de partir aussi de l'existant, de voir où en étaient les caisses, de leur donner une opportunité de montrer que pour certaines elles travaillaient déjà de manière différente auprès de leurs assurés précaires. Il fallait réfléchir à la complémentarité des méthodes de repérage et contribuer à enrichir au fur et à mesure le suivi des populations concernées pour prévenir les risques et les conséquences de la précarisation en l'absence de droits* »²⁰⁰.

1.22 - Les non-recourants, une cible potentielle de l'Assurance maladie pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins

Dans tous les cas, il s'agit en renforçant la détection des non-recourants d'ouvrir la porte au travail d'accès aux droits et de créer des supports homogènes « *pour lancer des actions pour développer le recours, base de l'accès aux soins* »²⁰¹. Le groupe de travail perçoit ainsi, dans la détection, une opportunité de contact avec des personnes peu visibles, un levier pour les inciter à initier des démarches d'ouverture de droits auprès des CPAM. Alors que la gestion de la CMU-C a trouvé sa place dans les caisses, que l'organisation du tiers payant pour les bénéficiaires de la prestation se stabilise et que les délais de traitement des dossiers sont respectés dans la plupart des organismes, il semble désormais davantage possible pour les CPAM d'aller au devant de ceux qui ne bénéficient pas de leurs droits à la complémentaire :

« Le temps a passé depuis la création de la CMU-C et les CPAM sont moins dans un climat de pression qu'il y a quelques années, quand il fallait tout organiser pour gérer ce nouveau dispositif. C'est, je crois, plus envisageable aujourd'hui de tenir compte du non-recours, par contre l'idée c'est de donner un cadre à ça par le haut ».

Extrait de l'entretien avec Jean Loup Nicolai, responsable de la cellule précarité de la CPAM de Paris, avril 2009.

La CNAMTS veut renforcer les procédures de repérage des non-recourants, mais bien aussi rationaliser les pratiques qui préexistent en la matière afin de mettre en place des « modes de

200 Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

201 Extrait du power point réalisé par la CNAMTS pour faire le bilan de la COG 2006-2009 et présenter les grandes lignes de sa COG 2010-2013 <http://www.annuaire-secu.com/pdf/INC160410-doc-presentation-COG.pdf>

faire » relativement semblables d'une caisse à l'autre. De manière générale et « *sous la pression des autorités de tutelle promptes à critiquer l'éclatement de la réponse des organismes locaux* » (Dubois, 2001), la CNAMTS construit des cadres d'action pour chacune des activités menées par les CPAM. Cela n'est pas spécifique à la question de l'accès aux droits, la critique des tutelles étant, par exemple, identique s'agissant de la lutte contre la fraude. Cette critique concerne en fait plus particulièrement les champs d'activité où la Caisse nationale a laissé, dans le passé, une large place à l'autonomie des organismes locaux (Dubois, 2001). C'est le cas de l'accès aux droits et aux soins des plus démunis, problématique sur laquelle les CPAM se sont investies à des niveaux très différents, en fonction des agents de direction à leur tête, du territoire d'implantation, des modalités antérieurement choisies pour la gestion de l'Aide médicale départementale (AMD). Le renforcement des pratiques de repérage des personnes en non-recours à la complémentaire s'inscrit donc dans une logique plus générale de rationalisation des pratiques des CPAM quant à la gestion des droits sociaux.

La possibilité pour l'Assurance maladie d'identifier les non-recourants apparaît en tout cas comme le premier pas opérationnel pour mener à bien l'un des objectifs de la politique de gestion du risque, visant à maintenir un bon état de santé aux populations tout en contraignant les dépenses de soins : la lutte contre les inégalités en matière de santé. L'objectif d'amélioration de l'accès financier aux soins des populations démunies est désormais intégré chaque année, et ce depuis 2006, dans les Plans qualité et efficacité (PQE) maladie, annexés aux Lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS). En 2008 et 2009, il se traduit par l'intégration d'indicateurs relatifs à l'effectivité et à l'efficacité des droits à la complémentaire : « *Le recours à la complémentaire des plus démunis, à travers le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS* » constitue l'indicateur 1-2 de l'objectif « *permettre un égal accès aux soins* » du PQE. Parallèlement, l'indicateur 1-5 de ce même objectif correspond « *aux renoncements aux soins pour des raisons financières, mesurés par l'écart de renoncement entre les titulaires d'une couverture privée et les titulaires des dispositifs de la CMU* ».

Ces indicateurs suggèrent à l'Assurance maladie la nécessité de développer, plus systématiquement, les pratiques de détection des non-recourants pour en faire un point de départ du renforcement de l'accès aux droits en matière de complémentaire et de l'accès aux soins. Ceci semble d'autant plus important que les taux de renoncements aux soins, qui ont

baissé dans les premières années de mise en œuvre de la CMU, sont progressivement repartis à la hausse. Selon un sondage commandé, en 2007, par le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) à l'institut IPSOS, 23% des personnes interrogées disent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (Fonds CMU, 2009).

Dans le cadre d'une recherche sur le non-recours aux soins des actifs précaires menée entre 2005 et 2008 et financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR), l'ODENORE et le CETAF montrent que, parmi les variables socioéconomiques corrélées au non-recours aux soins, l'absence de complémentaire santé apparaît encore systématiquement, quels que soient le non-recours - médecin, dentiste ou suivi gynécologique - et la population considérée. Cette situation concerne davantage les actifs précaires et s'explique principalement par la faiblesse des revenus (Chauveaud et al., 2010).

En 2008, le travail qualitatif finalement réalisé dans le cadre de l'expérimentation en Isère, et sur lequel nous reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre, indique quant à lui que 45% des allocataires du RMI en non-recours à la CMU-C disent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Parmi eux, 86% invoquent des raisons financières. Les personnes handicapées sont elles aussi concernées ; en effet, 27% des allocataires de l'AAH interrogés par questionnaires disent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Parmi eux, 91% invoquent des raisons financières (Revil, 2008b).

Ces enquêtes soulignent communément que les difficultés d'accès aux soins continuent à se concentrer davantage sur les populations précaires. L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) démontre par la même, dans son rapport de 2008, les difficultés persistantes des ménages pauvres en matière d'accès et de recours aux soins et ce alors qu'ils présentent toujours un plus mauvais état de santé que les autres catégories de la population (ONPES, 2008). Ceci est d'autant plus inquiétant que l'année 2008 marque le déploiement intégral des franchises médicales prévues par la réforme Douste-Blazy, comme le souligne Raphaëlle Verniolle :

« 2008, ça a été l'année de l'entrée en vigueur complète des franchises. C'est aussi pour ça que la réflexion de l'Assurance maladie a été de dire « c'est encore plus important que les personnes soient couvertes » ».

Entretien avec Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU et ancien agent de la direction de la Réglementation de la CNAMTS, juin 2010.

C'est dans ce contexte que le groupe de travail « accès aux droits et aux soins des publics précaires » s'engage dans la voie du renforcement de la détection de l'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS et du repérage des non-recourants. Ceux-ci semblent pouvoir constituer une « cible » auprès de laquelle développer des actions particulières afin de renforcer leur situation par rapport à la protection maladie. De manière générale, le référentiel de la gestion du risque oblige l'Assurance maladie à concentrer ses réponses sur ceux qui en ont le plus besoin et à proposer des réponses spécifiques à des catégories de publics se trouvant en situation de fragilité, que ce soient pour des raisons médicales, sociales ou/et administratives (Tabuteau, 2004).

Néanmoins si elle ouvre une porte vers des populations peu visibles et mal connues des caisses, la stratégie de détection ne règle pas la question des modes d'action à mettre en oeuvre pour rapprocher ces publics des CPAM. Qu'en est-il une fois les personnes identifiées ? Comment la branche Maladie tend-t-elle à renforcer concrètement l'accès aux droits à la complémentaire gratuite ou aidée ? L'envoi de courriers n'apparaît pas comme une finalité en soi pour les membres du groupe de travail de la CNAMTS. Ainsi que l'a souligné le Fonds CMU dans son argumentaire élaboré à partir de la connaissance sur la CMU-C, le traitement du non-recours appelle certainement des changements importants dans la relation aux assurés et, en premier lieu, dans les modalités mises en oeuvre pour les informer de leurs droits. Il reste ainsi à l'Assurance maladie à expliciter sa stratégie d'intervention, comme c'est le cas pour chacune de ces activités d'ailleurs (Hassenteufel, 2008b). Après avoir constaté que certaines personnes n'ont pas leurs droits et pris conscience de la nécessité de les repérer régulièrement, il s'agit, selon Jacques Amalric, « *de revenir sur le pourquoi de ces situations, afin d'essayer de construire une réponse tenant au mieux compte des raisons avancées par les personnes pour expliquer le non-recours* »²⁰².

202 Entretien avec Jacques Amalric, avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

SECTION 2.

DE L'INFORMATION EN MASSE A L'ACCOMPAGNEMENT

INDIVIDUALISE : UNE STRATEGIE D'ACTION QUI S'AFFINE.

L'utilisation quelque peu hâtive de l'outil par les instances nationales a soutenu une stratégie unique d'action auprès des bénéficiaires potentiels de l'ACS : l'information par courriers. Le groupe de travail « accès aux droits et aux soins » de la CNAMTS s'occupe du suivi de l'opération. Il veut se servir de ses résultats comme base pour réfléchir aux modalités de traitement du non-recours. Dès septembre 2008, les CPAM ayant appliqué rapidement la circulaire commencent à faire remonter les premiers résultats vers la Caisse nationale. Le groupe de travail est aussi en lien avec le Fonds CMU qui procède, de son côté, à une analyse approfondie de l'impact de la campagne d'information publipostée sur l'effectivité des droits et sur l'organisation de la gestion de l'ACS dans les Caisses primaires. Plus globalement, le groupe est en vigilance par rapport à toutes les initiatives qui peuvent contribuer à tisser la trame du plan d'actions de l'Assurance maladie pour traiter le non-recours à la complémentaire. En 2009 et dans ce cadre, il demande à l'ODENORE de présenter les résultats de son enquête qualitative sur le non-recours à la complémentaire menée en Isère, qui concerne un peu plus d'un millier de personnes.

Au fil du dévoilement des effets de l'opération d'information en masse, le groupe se pose la question de son efficacité pour rapprocher les personnes de leurs droits. Une faible partie des personnes destinataires des courriers a en effet engagé des démarches pour bénéficier de l'aide. En l'occurrence, beaucoup disent ne pas se souvenir avoir reçu l'information ou ne pas l'avoir comprise. L'enquête qualitative fait quant à elle ressortir que les problématiques informationnelles sont au cœur de l'explication du non-recours à la CMU-C, comme les précédentes études l'ont signifié, mais également à l'ACS. Pour autant les difficultés ne se positionnent pas au même endroit pour l'un et l'autre de ces droits. Dans les deux cas cependant, l'accès est, pour les demandeurs, un parcours parsemé de multiples incompréhensions.

Ces conclusions, couplées aux résultats mitigés des campagnes d'information, permettent au groupe de travail de percevoir l'insuffisance d'une action informative impersonnelle, donnée

à un temps T. Expliquer les dispositifs aux personnes et dispenser des précisions lorsque se présentent les obstacles informationnels lui apparaissent progressivement comme des conditions de l'accès à la complémentaire. Conditions pour que les personnes ne connaissent pas seulement leurs droits, mais bien aussi pour qu'elles les comprennent et les utilisent.

Epaulé par un autre groupe de travail de la CNAMTS portant sur l'accueil des personnes en situation de précarité dans les CPAM, le groupe « *accès aux droits et aux soins* » rédige une seconde circulaire relative au traitement du non-recours. Au delà du repérage des non-recourants et d'une information généraliste visant à les inciter à initier une demande, elle jette les bases d'un accompagnement individualisé des bénéficiaires potentiels de la CMU-C par les CPAM, destiné à lever au fur et à mesure leurs difficultés et incompréhensions. Dans la foulée, des CPAM et des services sociaux de CARSAT, en partenariat avec l'IRDES et l'ODENORE, s'engagent dans de nouvelles expérimentations pour vérifier la plus-value d'actions d'explication des droits quant à la consolidation de leur effectivité. Il s'agit aussi de mettre en exergue les conséquences de ces pratiques sur l'organisation du travail dans les organismes locaux de l'Assurance maladie.

Il reste que les études sur le non-recours continuent à soulever la problématique du reste à payer concernant l'ACS, dans un contexte où le reste à vivre mensuel des personnes éligibles à cette aide est souvent très faible. La CNAMTS choisit toutefois de laisser ces explications de côté, renvoyant vers les CPAM la responsabilité de mettre en place des aides extra-légales, financées sur leurs budgets d'Action sanitaire et sociale (ASS), pour renforcer le montant de l'ACS ou proposer un dispositif plus « attractif » financièrement.

2.1 - L'évaluation du publipostage : les limites d'une stratégie d'information en masse

Les campagnes d'information résultant de la généralisation font l'objet d'un suivi par le groupe de travail piloté par Jacques Amalric ; il s'agit principalement d'observer l'évolution des taux d'ouverture de droits à l'ACS. Parallèlement, dans le cadre de la préparation du quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU qui doit être rendu en 2009, le Fonds s'associe à trois CPAM pour évaluer finement les résultats produits par les procédures d'information en masse. Il s'agit en outre d'analyser leurs conséquences sur l'organisation du travail dans les services CMU. Enfin, des Caisses primaires réalisent, de leurs côtés, des évaluations

spécifiques en s'associant avec des acteurs scientifiques et en effectuant notamment des enquêtes auprès des destinataires des courriers relatifs à l'ACS.

2.11 – L'évaluation des campagnes publipostées par les acteurs nationaux

Le suivi mis en œuvre par la CNAMTS et l'évaluation plus poussée du Fonds CMU montrent communément les effets limités de l'information généraliste et en masse, en termes d'ouvertures de droits. Ils interrogent tout à la fois l'efficacité et l'efficience de telles mesures.

A. Une information en masse aux effets limités sur le recours aux droits

Suite à l'envoi effectué par toutes les CARSAT de France, la CNAMTS demande aux CPAM un suivi des contacts en *front office*, c'est-à-dire en accueil physique et téléphonique, relatifs à l'ACS et concernant la population âgée plus de 60 ans. Dans ce cadre, les caisses notent un impact sensible sur l'accueil physique, de nombreuses personnes destinataires du courrier venant demander des renseignements soit sur celui-ci, soit sur le dispositif d'aide à la mutualisation. Pourtant, après quelques mois, l'ouverture d'une ACS concerne environ 20 000 bénéficiaires de l'ASPA, soit à peine 5% des personnes contactées (Fonds CMU, 2009).

S'agissant de la campagne concernant les allocataires de prestations familiales, en novembre 2008, les caisses qui ont appliqué la circulaire constatent un impact sur l'accueil physique et dans une moindre mesure sur l'accueil téléphonique. Au bout du compte, le système de suivi enregistre 62 195 demandes d'ACS, soit un taux de retour de 13%. Après instruction des dossiers, 34 000 attestations de droits sont délivrées, 18 000 refus sont notifiés amenant un taux de rejet important, de l'ordre de 30%, et des demandes de pièces complémentaires sont faites pour 5 000 dossiers (Fonds CMU, 2009). A partir de la moitié de l'année 2008, le nombre d'attestations ACS délivrées augmente sensiblement sur l'ensemble de la France. Entre juillet et août 2008, il est en hausse de 12% par rapport à la même période l'année précédente. Entre septembre et décembre, l'augmentation dépasse les 36%, tendance qui se poursuit début 2009 pour se tasser en avril (Fonds CMU, 2009).

Le Fonds CMU suit, quant à lui, les résultats de la campagne pour la CPAM à l'origine de l'outil, celle de Grenoble donc, ainsi que pour deux autres Caisses primaires - Hauts de seine et Haute Marne - qui se sont portées volontaires²⁰³. S'agissant de ces organismes, les taux de retours de demandes d'ACS atteignent en moyenne 18%. Les taux d'accord, et donc de délivrance d'une attestation de droits, oscillent entre 20 et 59% portant le taux moyen à 55%. Le taux de refus se stabilise globalement aux alentours de 30%. Enfin, il importe de souligner que les pourcentages de dossiers retournés incomplets par les bénéficiaires potentiels, et qui n'ont donc pas pu faire l'objet d'une liquidation en première instance, se situent entre 15 et 30%.

Au regard du nombre de courriers envoyés par l'ensemble des branches de Sécurité sociale, le groupe de travail de la CNAMTS souligne qu'il n'est pas évident que l'opération ait été réellement efficace, ni d'ailleurs efficiente. Au final, le taux de non-recours à l'ACS avoisine toujours les 80% (CNAMTS, 2009). L'évaluation des campagnes publipostées montre ainsi les limites de l'information en masse pour rapprocher les personnes de leurs droits. Cette information n'a induit une modification de comportements, par rapport à la demande de complémentaire, que pour une faible proportion de bénéficiaires potentiels contactés. Par la même, l'efficacité des campagnes est mise en doute. Au regard des taux de refus d'ouverture de droits par les CPAM, il est clair que de multiples courriers ont été envoyés à des personnes ayant déjà leurs droits ou ne rentrant finalement pas dans la cible de l'ACS. C'est particulièrement vrai pour les allocataires de l'ASPA pour lesquels aucun calcul de ressources n'a *in fine* été intégré au ciblage. Cela confirme la nécessité d'améliorer les procédures de détection puisque, nous l'avons expliqué, l'objectif de l'Assurance maladie est d'aller vers les actions les plus efficaces. Jacques Amalric confirme que :

« La conclusion de l'information générale a été vite faite. Même si elle a un peu augmenté le nombre de demandes, ça n'a quand même pas été, en toute honnêteté, la révolution. Des gens n'auraient en plus pas dû être destinataires. Certaines caisses par contre ont essayé des choses pas inintéressantes ».

²⁰³ Il est intéressant de revenir sur le nombre de courriers envoyés par chacune des CPAM car il démontre un investissement différent : pour la caisse de Grenoble, ce chiffre s'élève pour l'ACS à 9 900 - auxquels s'ajoutent les courriers en matière de CMU-C -; la caisse des Hauts de Seine a effectué quant à elle plus de 11 000 envois et celle de Haute Marne environ 2 000.

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

B. Des tentatives pour expliquer les droits et accompagner les bénéficiaires sources de contradictions dans les caisses

Le groupe s'intéresse notamment au travail mené par la CPAM des Hauts de Seine et lui demande des précisions. La caisse a en effet contacté une centaine de personnes destinataires des courriers d'information sur l'ACS, mais qui n'y ont pas donné suite, afin de connaître les raisons de cette non réponse : 48% d'entre elles ont répondu ne pas se souvenir avoir reçu un tel courrier, tandis que 26% ont expliqué ne pas l'avoir compris. Notant le nombre élevé de dossiers incomplets qui ont été envoyés par des bénéficiaires potentiels après avoir reçu le courrier d'information, la caisse explique aussi avoir expérimenté de nouvelles pratiques pour instruire les dossiers ACS et essayer de réduire le « non aboutissement » des demandes (Fonds CMU, 2009). Ainsi a-t-elle mis en place un accompagnement spécifique des personnes ayant retourné une demande d'ouverture de droit, mais pour lesquelles le dossier s'avérait incomplet. Chacune d'entre elles a été contactée par un délégué social, un agent de la caisse spécialisé sur la prise en charge des publics précaires.

Celui-ci leur a proposé une aide pour remplir le dossier d'ACS. En fonction des difficultés rencontrées par chaque personne, le délégué a fourni des précisions sur certains points spécifiques, telle l'utilisation de l'attestation ACS auprès des Organismes complémentaires (OC), et donné des explications quant aux pièces justificatives demandées par la caisse. Le délégué social a, en outre, contacté à plusieurs reprises les personnes afin de s'assurer qu'elles franchissent toutes les étapes nécessaires à l'ouverture du droit.

Si la CPAM souligne l'impact positif de cet accompagnement sur le recours à l'ACS, elle signale toutefois au groupe de travail « accès aux droits et aux soins », la difficulté de démultiplier les délégués sociaux, alors que les effectifs des CPAM sont de plus en plus contraints. La question est aussi celle de la formation de ces délégués : l'accompagnement demande aux agents de faire preuve de polyvalence, pour prendre en compte la situation du demandeur de manière globale, et de disposer de compétences spécifiques sur les aides en matière de complémentaire, afin de répondre précisément aux questions qui y sont relatives :

« Ce qu'en a tiré la caisse, c'est l'idée d'avoir des agents qui peuvent consacrer un temps à ceux qui en ont besoin, pour les prendre en charge de manière plus personnelle, pour comprendre toute leur situation et être capable de leur donner les réponses sur l'ACS. Mais qu'avec des effectifs déjà contraints, ce n'est pas évident ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

La CPAM de Grenoble a également testé, suite à l'expérimentation conduite avec l'ODENORE, la CAF et la CARSAT, une action spécifique en direction de toute personne se présentant à l'accueil pour se renseigner sur la CMU-C ou l'ACS. Elle leur a proposé des rendez-vous afin de leur fournir des explications sur les droits en matière de complémentaire. Dans ce cadre, le temps consacré à chaque personne était plus long que lors de l'accueil selon le principe du « *tout venant* » (Revil, 2008b). La sous directrice de la CPAM, qui participe au groupe de travail de la CNAMTS, explique que cet accueil sur rendez-vous, bien que contribuant à limiter les abandons de démarches par les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS, n'a pas été maintenu. « *Il pénalisait l'indicateur « délai d'attente à l'accueil » et les effectifs d'agents dans le service CMU étaient insuffisants pour assumer un accueil sur rendez-vous* »²⁰⁴.

La mise en œuvre d'actions spécifiques auprès des bénéficiaires potentiels des droits ciblés en matière de complémentaire soulève la question de leur intégration dans les fonctionnements bureaucratiques et productifs des CPAM. Le déploiement de pratiques individualisées, à travers notamment l'accueil sur rendez-vous, impose aux organismes de l'Assurance maladie de faire évoluer l'organisation du travail dans les services CMU. La complexité de l'exercice est d'arriver à mettre à disposition des agents pour effectuer l'accompagnement, sans toutefois pénaliser le traitement « en masse » des autres dossiers. Ceux pour lesquels ne se posent pas de difficultés particulières. Alors que la mesure de l'activité dans les CPAM se fait en particulier au travers d'indicateurs chiffrés, tel le taux de dossiers liquidés sur une journée, il s'agit pour les caisses de conserver suffisamment d'agents en *back office* pour procéder à la liquidation des dossiers CMU-C et ACS. Il est clair que l'organisation d'une gestion des

²⁰⁴ Extrait des propos de Michèle Bussière, sous directrice de l'Assurance maladie de la CPAM de Grenoble, lors d'une réunion du groupe de travail « accès aux droits et aux soins », en décembre 2008.

droits plus individualisée, et se donnant le temps de l'explication pour lever des incompréhensions, peut entrer en contradiction avec les ratios gestionnaires et les objectifs de productivité qui structurent encore largement la branche Maladie.

2.12 - Une évaluation approfondie par la CPAM des Alpes de Haute Provence

S'il s'intéresse aux tentatives faites par des organismes locaux pour apporter des réponses aux problématiques d'accès aux droits, le groupe de travail de la CNAMTS est parallèlement attentif aux évaluations de la campagne d'information réalisées par des Caisses primaires. Certaines ont en effet choisi de renforcer les modalités de suivi de cette opération. C'est le cas de la Caisse primaire des Alpes de Haute Provence. Le pilote du groupe a eu connaissance du travail engagé localement à l'occasion d'un échange avec le Fonds CMU qui a suivi l'étude :

« On discutait des travaux lancés par des caisses et on s'est rendu compte de points saillants qui ressortaient sur certaines incompréhensions ressenties par les personnes face aux courriers d'information. Ca donnait du grain à moudre parce que le suivi réalisé pour l'ensemble des CPAM était assez basique ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Ces évaluations locales viennent compléter les données dont dispose déjà le groupe. En 2008, la Caisse et le Conseil général 04 se sont associés pour expérimenter localement des actions d'amélioration de l'accès aux soins des populations précaires. Les deux organismes ont conjointement fait le constat de difficultés en matière de santé, en particulier chez les personnes âgées, pour les allocataires de minima sociaux et les personnes se trouvant dans des situations précaires par rapport à l'emploi. Le département, montagneux et étendu, est également confronté à des problèmes d'accessibilité géographique : venir à la CPAM de Digne-les-Bains peut prendre plusieurs heures pour les personnes résidant à certains endroits du département. Le Conseil général et la caisse ont ainsi décidé de réfléchir aux actions qui permettraient d'améliorer la situation. Dans ce cadre, la CPAM des Alpes de Haute-Provence a contacté l'ODENORE, par l'intermédiaire du Fonds CMU, pour comprendre les effets de sa campagne d'information publipostée locale et examiner les possibilités de réduire, à l'échelle

du département, les phénomènes de non-recours à une complémentaire santé gratuite ou aidée.

Il faut signaler que si la CPAM a utilisé l'outil de repérage du non-recours généralisé, elle a en revanche conduit une opération d'information quelque peu différente de celle préconisée par la circulaire de la CNAMTS. Elle a écrit aux allocataires de l'AAH, de l'API et des aides au logement éligibles à l'ACS ou à la CMU-C. Alors que les instances nationales ont préconisé d'intervenir uniquement auprès des non-recourants à l'ACS, la Caisse primaire des Alpes de Haute Provence a donc également agi auprès des personnes en non-recours à la CMU-C. En ce sens, la campagne menée par la CPAM mixe les acquis de l'expérimentation locale, tout en conservant des voies prises au niveau national. De l'expérience Iséroise, la Caisse primaire emprunte également la réflexion qualitative sur le non-recours. On le perçoit à travers les mots de la sous directrice de la CPAM lorsqu'elle rappelle les origines de cette étude :

« Le projet tenait à des volontés partagées de la CPAM des Alpes de Haute Provence et de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) de comprendre l'absence de recours aux droits CMU-C et ACS d'une partie de la population. La CPAM travaillait déjà en lien avec le Conseil général. Le projet visait à répondre à plusieurs objectifs :

- repérer, sur le territoire des Alpes de Haute Provence, les individus relevant de la CPAM qui ne font pas valoir leurs droits à la CMU-C et à l'ACS et qui, par ce fait, n'ont pas recours aux soins, en utilisant la méthodologie développée par l'ODENORE et reprise par la CNAMTS ;

- conduire une enquête auprès d'une partie des individus identifiés lors de la première phase afin de connaître les raisons du non-recours aux droits CMU-C et ACS et de réfléchir à des réponses cohérentes ».

Entretien avec Iris Loury, directrice adjointe de la CPAM des Alpes de Haute Provence, octobre 2009.

Revenons sur les résultats de cette étude évaluative que nous avons suivie en 2009 dans la mesure où elle a été conduite par l'ODENORE. Ce travail n'a fait l'objet d'une publication que tardivement, mais ses résultats ont été communiqués en 2009 à la CNAMTS et au Fonds CMU. Dans ce département, 3 913 allocataires de prestations familiales ont été destinataires d'un courrier d'information sur les dispositifs légaux de la CMU. Par rapport aux résultats de

la campagne nationale, le taux de réponse est plus élevé. En effet, 986 allocataires ont répondu et rempli une demande afin que leurs droits CMU-C et ACS soient examinés par la Caisse, soit 25% des destinataires du courrier. Les effets directs en termes d'ouvertures de droits sont également plus importants que ceux constatés nationalement. Ainsi parmi les répondants au courrier de la Caisse primaire, 69% se sont vus ouvrir un droit à la CMU-C ou à l'ACS (André-Poyaud et al., 2011).

Néanmoins, la grande majorité des allocataires, 2 929, n'ont pas donné pas suite à l'information postale, soit 75% de la cible de la caisse. 35% d'entre eux ne sont pourtant pas couverts par une complémentaire. L'ODENORE a effectué une enquête par questionnaires auprès de ces personnes. 29% d'entre elles ont expliqué cette non-réponse par le fait de s'être estimées inéligibles aux dispositifs de l'Assurance maladie, pensant disposer de ressources trop élevées. Parallèlement, 46% ont dit ne pas avoir prêté attention au courrier, tandis que 16% ont avoué ne pas l'avoir compris. On rejoint ici les constats faits par la CPAM des Hauts de Seine. De nombreux allocataires n'ont pas été réceptifs au fait d'être informés de leurs droits par un courrier et un nombre non négligeable d'entre eux n'a pas compris les informations transmises par la Caisse.

Cette étude approche aussi les causes du non-recours et centre tout particulièrement son attention sur la connaissance dont disposent, ou non, les personnes sur les dispositifs de l'Assurance maladie. Concernant l'ACS, 60% des répondants aux questionnaires ont dit connaître le dispositif. 40% ne le connaissent donc pas. Si la connaissance minimale de l'ACS reste insuffisante, un autre obstacle est mis en évidence par les questionnaires : les personnes qui disposent de l'attestation ont des difficultés pour comprendre comment l'utiliser, auprès de quels Organismes complémentaires (OC) et pour quels types de contrats. Le fait que le bénéfice de l'ACS nécessite deux types de démarches -d'abord auprès de la CPAM, puis des OC- complexifie ainsi le recours et démultiplie « *les risques de se perdre en route* »²⁰⁵. Cela nécessite, en outre, d'avoir une compréhension suffisante des mécanismes généraux de protection maladie et de décrypter *a minima* les garanties proposées au sein des contrats par les différents pourvoyeurs de complémentaires.

²⁰⁵ Expression d'un bénéficiaire potentiel venant demander la CMU-C à la CPAM de Digne, rencontré lors d'une phase d'observation participante dans la caisse en 2009.

L'étude effectuée par l'ODENORE et la CPAM des Alpes de Haute Provence indique aussi que plus de 4 personnes sur 5 expliquent leur absence de complémentaire santé par le manque de moyens financiers. Même celles qui ont reçu une attestation ACS trouvent que leurs ressources financières demeurent insuffisantes pour acquérir une protection. Une fois l'attestation obtenue auprès de la CPAM, la plupart s'est renseignée sur les contrats complémentaires existants ; 14% des ces personnes ont finalement abandonné leurs démarches, le reste à charge à assumer étant trop élevé. Cela se comprend mieux lorsque l'on s'attarde sur leur reste à vivre mensuel²⁰⁶, après paiement de l'ensemble des charges fixes. Pour 42% des personnes en effet, il est inférieur à 100€. Pour l'autre moitié, il n'excède pas 100 à 200€. Par la même, en fonction des populations enquêtées, entre 10% et 25% des personnes, signalent n'avoir aucun reste à vivre mensuel (André-Poyaud et al., 2011).

S'agissant de la CMU-C, il ressort qu'elle est mieux connue que l'ACS : 80% des répondants aux questionnaires ont dit qu'ils connaissaient ce droit avant de recevoir le courrier de la Caisse primaire. 27% ont été informés par la CPAM, 23% par une assistante sociale et 17% par des relations, pour n'évoquer que les vecteurs principalement cités. On s'aperçoit, à travers cette enquête, que le renouvellement de la prestation est toujours problématique. A l'instar des constats faits en 2006, les bénéficiaires de la CMU-C intègrent mal la nécessité de faire des démarches pour que leur contrat soit reconduit (André-Poyaud et al., 2011).

Les problématiques informationnelles sont ainsi bien présentes et gênent l'engagement des personnes dans leurs demandes de droits, que ce soit en matière de CMU-C ou d'ACS. Pour autant, les difficultés rencontrées sont spécifiques pour chacun de ces dispositifs, elles portent sur des points précis de leurs modalités d'ouverture. L'étude conduite conjointement par l'ODENORE et la CPAM des Alpes de Haute-Provence apporte, comme l'évoque Jacques Amalric, des éléments intéressants concernant les causes du non-recours aux deux dispositifs proposés par les pouvoirs publics pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis :

« Tout le travail de notre groupe a été de croiser les constats, de recouper ce qui ressortaient des évaluations des campagnes publiées, d'études qui avaient été lancées aussi à la suite de cette campagne. La caisse des Alpes de Haute-Provence c'était ça, c'était parti de l'usage

²⁰⁶ La question était formulée ainsi dans le questionnaire : « Une fois payés votre loyer ou vos remboursements d'emprunts et les factures d'assurance, d'eau et d'énergie, combien vous reste-t-il environ pour vivre par mois ? ». Autrement dit, le reste à vivre est le résultat d'une soustraction : revenus du ménage moins ce que l'INSEE appelle les « dépenses pré engagées ».

de l'outil et ensuite il y a eu une étude qui a cherché à comprendre un peu plus le non-recours. C'était des infos utiles. Surtout pour l'ACS sur laquelle on n'avait finalement peu de travaux d'étude. Par contre, on s'est dit qu'il n'était pas de notre ressort de dire si l'aide était pertinente ou pas ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Le groupe de travail convoque un rôle de « metteur en œuvre » des droits pour expliquer qu'il ne lui appartient pas de s'interroger sur la pertinence de la CMU-C et de l'ACS. Il tend à se concentrer sur les explications permettant de travailler les modalités d'accès aux prestations, de renforcer leur effectivité et d'améliorer leur efficacité quant à l'accès financier aux soins des populations démunies. Néanmoins, il évoque la possibilité pour les CPAM de mobiliser leurs budgets d'Action sanitaire et sociale (ASS) pour financer des dispositifs additionnels aux aides légales à la complémentaire. La CPAM des Alpes de Haute Provence a, par exemple, instauré une aide extra-légale pour atténuer l'effet de seuil de l'ACS et renforcer les offres proposées aux personnes ayant de faibles ressources. D'autres caisses ont imaginé des mécanismes pour accroître le montant de l'aide à la mutualisation.

Les interrogations relatives à la pertinence de l'ACS induisent ainsi non pas la suppression de cette aide, ni une transformation profonde de son principe d'action, mais la création de nouveaux dispositifs pour consolider l'accès à la complémentaire. Ils viennent se sédimenter aux dispositifs légaux. Leur déploiement est, en outre, laissé à la discrétion des organismes locaux, ouvrant la porte à une prise en charge disparate des inégalités d'accès aux soins sur le territoire français. Rappelons que la CMU a été mise en place, une dizaine d'années plus tôt, pour remédier précisément à de fortes inégalités de protection maladie en fonction des départements.

2.2 – Des explications du non-recours à la complémentaire qui se précisent

Au printemps 2009, le pilote du groupe « accès aux droits et aux soins » de la CNAMTS demande, par l'intermédiaire de la sous directrice de la CPAM de Grenoble qui participe à ce groupe, une présentation des résultats de l'étude qualitative effectuée en Isère avec l'ODENORE (encadré 24). Malgré les désaccords entre les acteurs impliqués dans

l'expérimentation, les enjeux cognitifs ont finalement été préservés. La Convention de collaboration scientifique indiquait en effet clairement le lancement d'enquêtes auprès des non-recourants comme l'une des phases du projet expérimental. Les travaux se sont donc poursuivis en Isère au cours de l'année 2008. Jacques Amalric pense que la présentation des résultats peut faire avancer la réflexion de l'Assurance maladie relative aux modalités d'intervention à déployer auprès des non-recourants à la CMU-C et à l'ACS, en venant préciser des constats faits dans le cadre des évaluations des campagnes publipostées.

Encadré 25

Précisions relatives aux enquêtes par questionnaires menées en Isère

Après détection des allocataires en non-recours à la CMU-C et à l'ACS, des questionnaires leur ont été envoyés afin de connaître les raisons du non-recours. Les envois ont été réalisés en 2008.

- 2180 envois ont été faits auprès des allocataires du RMI en non-recours à la CMU-C. 443 questionnaires ont été retournés, soit un taux de retour de 20 %.

- 2546 envois à des allocataires de l'AAH ayant une complémentaire santé mais n'ayant pas demandé d'ACS. 510 retours, soit un taux de 20 %.

- 876 envois auprès des allocataires de l'AAH n'ayant pas de complémentaire santé et n'ayant pas demandé l'ACS. 166 retours soit un taux de 19 %.

Source : H. Revil, (2008b), Le non-recours à la CMU-C et à l'ACS », ODENORE, *Etudes et recherches*, n° 25, octobre.

2.21 - Le non-recours, conséquence d'une somme d'incompréhensions

Arrêtons-nous sur les résultats présentés par l'ODENORE au groupe « accès aux droits et aux soins ». La conclusion principale est la suivante : les problèmes d'information sont au cœur des explications avancées par les enquêtés. Ce travail montre que les « grandes lignes » de la CMU-C sont perçues par une majorité d'entre eux : 82% connaissent la prestation. Parmi eux, 94% savent que c'est une complémentaire gratuite et qu'en tant qu'allocataire du RMI ils peuvent en bénéficier. En revanche, lorsque l'on aborde des éléments plus techniques, la connaissance apparaît nettement moins bonne. 57% des répondants ne savent pas que la CMU-C peut être gérée par la CPAM ou par un OC. Ils ne comprennent globalement pas la nécessité de choisir un gestionnaire pour leur contrat. Parallèlement, et ainsi que nous l'avons déjà vu, une majorité, 65%, des répondants a déjà eu la CMU-C dans le passé, mais ne l'a pas

demandée à nouveau (Revil, 2008b). Le non-recours à la CMU-C continue ainsi fréquemment à prendre la forme d'un non renouvellement.

L'enquête par questionnaire menée auprès des allocataires de l'AAH, en situation de non-recours à l'ACS, démontre que, pour cette prestation également, le facteur informationnel permet d'expliquer le non-recours. A la différence toutefois de la CMU-C, c'est bien, en premier lieu, une connaissance minimale de l'aide à la mutualisation qui semble faire défaut à ses bénéficiaires potentiels pour engager des démarches auprès de la CPAM. En témoigne cet extrait de courrier écrit par un allocataire de l'AAH :

« On ne m'a jamais parlé de l'ACS... Pourtant en général, je suis au courant parce que j'essaie de me tenir au courant d'un peu tout. Ce n'est pas si simple et en plus j'ai besoin de tout ça pour joindre les deux bouts comme on dit. Mais alors l'ACS, on ne m'en a jamais parlé. Je l'apprends avec votre courrier ».

Extrait d'un courrier accompagnant le retour du questionnaire, G., 32 ans, bénéficiaire de l'AAH.

A l'instar de ces mots, 76% des répondants à l'enquête -qu'ils aient ou non une complémentaire santé- disent ne disposer d'aucune information sur l'ACS. Pour eux, le non-recours s'explique donc par le fait qu'ils ne connaissent tout simplement pas cette aide. Cette méconnaissance est également prégnante parmi celles et ceux qui accompagnent régulièrement les personnes handicapées dans leurs démarches administratives. Les services professionnels de tutelle, tout comme les tuteurs familiaux, signalent leur absence d'information sur le mécanisme d'aide à la mutualisation. Cela alors même qu'ils tendent à se tenir au maximum informés des dispositifs existants pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap (Revil, 2008b).

« Pour mon fils désormais adulte, j'ai toujours fait en sorte de m'informer sur ses droits et sur ce à quoi il peut prétendre. L'AAH n'est pas forcément suffisante pour subvenir à l'ensemble des frais liés au handicap de mon fils. Si j'avais été au courant de l'existence de cette aide, j'aurais fait des démarches pour en bénéficier avant. Je considère qu'il a le droit de recevoir l'ensemble des aides qui existent pour compenser quelque part son handicap ».

Extrait d'un courrier accompagnant le questionnaire, M., 66 ans, père d'un enfant handicapé percevant l'AAH.

Au sein des 24% de répondants qui disent connaître l'ACS, 80% pensent que l'information dont ils disposent sur le dispositif, et sur les démarches à mettre en œuvre pour l'obtenir, n'est toutefois pas suffisamment claire pour qu'ils engagent une demande. 58% n'ont pas saisi que celle-ci se fait auprès de la CPAM, tandis que 61% n'ont pas compris que l'aide permet de prendre en charge une partie du coût de la complémentaire maladie. Ainsi et même en présence d'un socle de connaissance minimale, les bénéficiaires potentiels sont gênés par toute une série d'incompréhensions, attisées dans certains cas par des difficultés à maîtriser le langage et les codes administratifs.

Les incertitudes, qui en résultent, empêchent les personnes d'avancer dans leurs démarches, les amenant parfois à abandonner en cours de route la constitution de leur dossier, même lorsque celui est déjà bien avancé. La méconnaissance de l'ACS par ceux qui sont généralement des relais informationnels, autant que des guides dans les méandres de la complexité administrative, à savoir les tutelles, renforcent la probabilité de non réception des droits.

2.22 – De la non connaissance à la non réception des droits

Le pilote du groupe de travail de la CNAMTS réagit à la présentation de ces résultats. Ils soulignent que « *des difficultés liées à l'information sont donc appréhendées au niveau des renouvellements pour la CMU-C, en amont de la demande pour l'ACS, et que de manière commune aux deux dispositifs, des défauts de compréhension des dispositifs s'ajoutent aux phénomènes de stigmatisation signalées par les travaux de 2006 et pour lesquels le groupe a rédigé une circulaire et engagé de nouvelles actions* »²⁰⁷.

Dans certains cas en effet, la forme prise par le non-recours est celle de la non-connaissance des droits. Si les problèmes liés à l'information existent pour l'une et l'autre des prestations CMU-C et ACS, ils ne sont cependant pas identiques dans les deux cas et ne se positionnent pas au même moment du processus de recours. Dans un précédent chapitre, nous avons souligné l'intérêt de mobiliser le modèle d'analyse dynamique de la demande et de la non-demande, construit par Wim Van Oorschot, pour analyser le rôle de l'information dans le

²⁰⁷ Extrait du compte rendu de la réunion du groupe de travail « accès aux droits et aux soins », avril 2009.

non-recours à la CMU-C. Dans le cas de cette prestation, le manque d'information est particulièrement problématique durant ce que le chercheur nomme : le processus d'instruction des droits (*application*), incluant le moment du renouvellement (Van Oorschot, 1996).

Concernant l'ACS, le facteur informationnel est davantage actif au moment de la « phase du seuil » (*threshold*) et de « l'arbitrage » (*trade-offs*). En effet, pour ce dispositif, le manque d'une connaissance de base empêche nombre de bénéficiaires potentiels de passer la première étape, celle du seuil où « *l'individu doit devenir conscient du fait que la prestation existe* » (Van Oorschot, 1996). Par ailleurs, le défaut d'une information claire sur la manière d'utiliser l'ACS, auprès des OC, et sur le type de contrats auxquels elle donne droit, a un impact sur le processus d'arbitrage, autrement dit quand « *les individus considèrent les facteurs encourageant et inhibant la demande de prestation* » (Van Oorschot, 1996). Le fait de ne pas être suffisamment informé peut ainsi mener les personnes à arbitrer de manière erronée en ce qui concerne l'utilité de l'offre par rapport à leur situation. C'est notamment le cas de celles qui possèdent déjà une complémentaire et qui ne comprennent pas qu'elles peuvent utiliser l'ACS pour en financer *a posteriori* une partie.

Voici ce que nous dit Jean Loup Nicolaï, membre du groupe « accès aux soins et aux droits », lorsque nous le rencontrons en entretien :

« Tout ce qu'on a vu dans le groupe de travail, ça nous a bien montré que la question de l'information est plus complexe qu'il n'y paraît, ce qui de toute façon n'est pas vraiment une surprise. Il est évident avec tout ça qu'on doit dépasser l'information postale généraliste. Ce sont nos fonctionnements un peu généraux qui ne vont pas. A la CPAM de Paris, nous avons depuis longtemps une approche plus personnelle, on accompagne les gens, on a mis en place des partenariats pour ne pas faire ça tout seul, c'est aussi la collaboration avec le Service social CARSAT, avec des psychologues même ».

Jean Loup Nicolaï, responsable du service précarité de la CPAM de Paris, membre du groupe « accès aux droits et aux soins », avril 2009.

Ainsi la compréhension du non-recours à la complémentaire confirme qu'il convient d'envisager la problématique informationnelle de manière dynamique et évolutive (Revil, 2010). Les personnes ne sont pas totalement informées ou non informées, mais se trouvent confrontées à des difficultés d'information concernant des points précis des dispositifs, à des

incompréhensions en chaîne. Connaître la CMU-C ou l'ACS ne suffit pas pour y recourir : un besoin d'explication sur des éléments particuliers est prégnant, que ce soit pour engager une démarche d'ouverture de droits ou pour la poursuivre.

L'analyse du non-recours vient toutefois signifier que l'apport d'explications semble plus particulièrement utile lorsque des choix se présentent aux bénéficiaires potentiels : trancher pour le gestionnaire de sa CMU-C, déterminer auprès de quel OC utiliser l'attestation ACS, privilégier un contrat parmi d'autres, etc. En laissant les personnes sans information suffisante à ces moments cruciaux de l'ouverture des droits, les organismes sociaux prennent plus fortement le risque de perdre des personnes en route. De cas de non connaissance, on glisse bien vers des situations de non réception des droits suite à de multiples incompréhensions, ainsi que cela a été constaté pour la CMU-C en 2006.

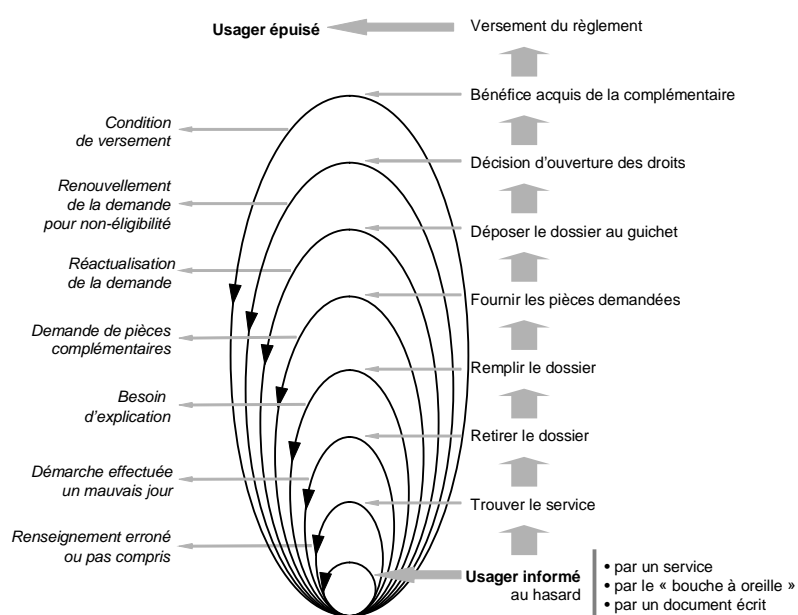
Ce glissement interroge les pratiques administratives exclusivement construites autour d'une information en masse et soulève la nécessité d'aller vers des pratiques visant davantage à expliquer les dispositifs (Chauveaud et Warin, 2009). Il fait écho aux constats des CPAM des Hauts de Seine et de Grenoble lorsqu'elles ont communément indiqué la plus-value d'actions proposant un accompagnement personnalisé et la nécessité de faire évoluer l'organisation du travail et les fonctionnements de l'Assurance maladie. Jacques Amalric explique que « *que les évaluations sur les effets de l'information, les études sur le non-recours, les réflexions sur les actions qui en ont découlé dans les caisses ont éclairci le champ d'investigation du groupe de travail, dont l'objectif est désormais de promouvoir des méthodes moins d'information et plutôt d'accompagnement et d'explication aux bénéficiaires concernés sous des formes appropriées et accessibles, et de voir comment le réseau dans son ensemble peut s'en emparer de manière plus homogène pour limiter et traiter le non-recours à la complémentaire* »²⁰⁸.

Pour bien comprendre la distinction entre information et explication, on peut s'appuyer sur des éléments définitionnels de base. D'après le Larousse, informer signifie : « *faire savoir quelque chose à quelqu'un, porter à sa connaissance* ». Expliquer veut dire : « *faire comprendre quelque chose à quelqu'un, en lui donnant tous les éléments nécessaire à cette compréhension* ». Ainsi si les courriers administratifs peuvent permettre de faire connaître

²⁰⁸ Extrait du compte rendu de la réunion du groupe de travail « *accès aux droits et aux soins* », avril 2009.

l'existence des dispositifs et, éventuellement les principaux points pour y accéder, il semble que des explications s'intéressant à des points spécifiques de la CMU-C et de l'ACS soient une condition pour que les personnes comprennent les informations dispensées et qu'elles arrivent au bout du chemin de l'accès. Chemin qu'elles perçoivent bien souvent comme un « parcours du combattant » (schéma).

Un « parcours du combattant » : le ressenti des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS



Sources : Chauveaud C. et Warin, P., « Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement bénéficiaires », rapport final pour le HCSA, novembre 2009.

2.3 – L'élaboration et le déploiement d'une stratégie d'explication et d'accompagnement vers les droits

Fort de l'ensemble de ces constats, le groupe « accès aux droits et aux soins » co-rédige une nouvelle circulaire pour améliorer l'accès aux droits CMU-C et ACS. Pour ce faire, il travaille en lien avec un autre groupe de la CNAMTS, composé de représentants de plusieurs CPAM²⁰⁹, chargé de construire « *une offre de services pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité* »²¹⁰. Ce groupe a enquêté, dans les accueils des CPAM qui le constituent, auprès de 2 000 personnes se présentant pour une demande relative à la CMU afin de recenser leurs attentes. Les résultats sont venus confirmer le besoin d'accompagnement tout au long des parcours d'accès et la demande importante d'explications sur les droits et les démarches²¹¹.

2.31 – Un cadre d'action pour réduire le non-recours et renforcer la gestion des droits CMU

La circulaire est diffusée vers les CPAM en juin 2009 (Annexe 6). Elle a pour objet « *la création d'une offre de services attentionnés pour les personnes bénéficiaires ou susceptibles de bénéficier de la CMU* »²¹². Elle précise que l'objectif pour l'Assurance maladie est de réduire les taux de non-recours à la CMU-C et à l'ACS et d'optimiser ainsi la prise en charge des soins pour les populations démunies. La branche Maladie veut continuer à lutter contre les refus de soins et transformer globalement le rapport entre les CPAM, les ressortissants des droits sociaux ciblés et les professionnels de santé. Dans cette optique, la circulaire déroule l'ensemble de la procédure de gestion des droits CMU vers laquelle les CPAM doivent tendre. Elle la segmente en trois étapes principales : celle de l'incitation des bénéficiaires potentiels -en s'appuyant sur les diverses procédures de détection des non-recourants- à initier une demande ; celle de l'instruction des droits -comprenant si nécessaire des moments d'explication des dispositifs- et celle du suivi du « bon » accès aux soins -nécessitant d'améliorer les relations entre les professionnels de santé et les bénéficiaires de la CMU-C.

²⁰⁹ Bourg en Bresse, Cergy, Le Mans, Marseille, Orléans, Paris et Saint Lô.

²¹⁰ Extrait de la circulaire de la CNAMTS rappelant l'origine du document et sa rédaction conjointe par deux groupes de travail de la CNAMTS.

²¹¹ Idem.

²¹² Lettre réseau LR DDO 89/ 2009.

Tout au long de ces étapes, les CPAM sont incitées à aller au-delà d'une information généraliste sur la CMU-C et l'ACS. Ce type d'action peut néanmoins être un point de départ, ne serait-ce que parce que l'Assurance maladie, comme les autres organismes sociaux, a un devoir d'information de ses assurés. L'article L. 162-1-11 du Code de la Sécurité sociale stipule en effet que « *les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'Assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale* ». L'article 1^{er} de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998 affirme également cette obligation d'information des assurés par les organismes de sécurité sociale.

Si l'information généraliste est présentée comme utile pour une partie des non-recourants et pour limiter la non connaissance, les groupes de travail de la CNAMTS soutiennent, en priorité, la mise en place de modalités personnalisées pour accompagner les bénéficiaires potentiels. L'accompagnement a principalement vocation à distiller des explications, sur l'ensemble de la durée des processus d'accès, afin de limiter au fur et à mesure les incompréhensions. Les CPAM ont en outre vocation à prévenir les ressortissants des droits lorsque ceux-ci arrivent à échéance. C'est bien ici le traitement de la non-réception qui tend à s'organiser selon le protocole élaboré par le groupe de travail. Il s'agit, d'une part, de faire en sorte que les personnes n'abandonnent pas leurs démarches en cours de route et, d'autre part, d'éviter des ruptures de droits au moment des renouvellements. Jacques Amalric souligne que la diffusion de cette circulaire est un grand pas, mais qu'elle a vocation à être renforcée à mesure que les CPAM vont la mettre en application, faire remonter leurs expériences et homogénéiser leurs normes d'action pour traiter le non-recours à la complémentaire de la manière la plus efficiente possible.

« Toutes les caisses ne sont pas encore au même point. Le non-recours est mieux perçu, plus visible je dirais, ça c'est sûr. De nombreuses caisses ont fait des choses, de plus en plus, vous l'avez bien vu. Maintenant l'idée est de dire que l'accès aux droits se fait selon ces modalités là, que pour être efficient et efficace dans la gestion de la CMU-C et de l'ACS, il faut aussi repérer les non-recours et y répondre de manière homogène ».

Entretien avec Jacques Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.

Le non-recours s'est imposé comme un cadre de perception pour restructurer la relation des CPAM avec les ressortissants des dispositifs ciblés. En traduisant le rapport que ceux-ci entretiennent avec la CMU-C et l'ACS, le phénomène a peu à peu induit l'édiction de nouvelles normes d'action, en donnant en premier lieu à voir aux organismes d'Assurance maladie le fait qu'une partie de son public ne vient pas vers elle. En second lieu, la compréhension des difficultés d'accès aux droits, et les évaluations des premières réponses apportées au non-recours, ont amené la branche Maladie à déterminer ce qui est commun dans la diversité de ces situations et à établir les termes d'une offre de services, comme le font les organisations du secteur marchand (Chauvière, 2007). Ainsi les instructions données par la circulaire de juin 2009, sans abandonner totalement la piste de l'information en masse, actent le déploiement d'une stratégie d'intervention qui veut remédier, de manière plus individualisé, à la multiplicité des incompréhensions saupoudrant les processus d'accès et permettre aux bénéficiaires de modifier leurs comportements pour aller vers un apprentissage de leurs droits (Warin, 2013).

Des chercheurs en santé publique de l'Université de Lyon ont travaillé sur le déploiement d'offres de service par l'Assurance maladie, à destination de ressortissants en situation de fragilité et plus spécifiquement de ressortissants diabétiques (Perrin, 2008). Dans le cadre de la gestion du risque, la modification des comportements des patients pour limiter la survenance du risque maladie est devenue le point cardinal de l'action de l'institution. Nous l'avons dit. Dans ce cadre, les offres de services ont vocation à faire en sorte que les ressortissants adoptent ce que l'Assurance maladie considère être les « bons » comportements. Elle tend par exemple à éduquer les patients diabétiques à la préservation de leur santé. Les chercheurs de l'Université de Lyon notent parallèlement que les offres faites par l'institution sont de deux types, spontanéistes ou interventionnistes, et que progressivement c'est le second type d'offre qui paraît s'imposer.

Apportons quelques précisions sur ces deux types car la distinction faite est utile pour comprendre ce vers quoi tend l'Assurance maladie pour traiter le non-recours. En premier lieu, les chercheurs observent des offres qu'ils nomment spontanéistes. Elles prennent pour postulat de départ que les patients sont raisonnables et autodéterminés. Le contenu de ces offres se centre principalement sur des supports d'information impersonnels et traditionnels. Par la même, dans leur cadre, l'information est pensée comme également accessible et l'on

suppose que les supports informationnels mis à disposition des personnes vont être suffisants pour créer les conditions de leur appropriation. On considère donc que les patients y seront nécessairement réceptifs et qu'ils vont s'engager spontanément, sans nécessiter aucune autre action de l'Assurance maladie, dans les démarches d'éducation à la santé préconisées dans le cadre des offres.

En second lieu, il existe des offres qualifiées d'interventionnistes. Leur fondement est de considérer que les patients diabétiques ont besoin d'être accompagnés et encadrés, pour modifier leurs comportements par rapport à la préservation de leur santé. Ces offres de service valorisent le rôle de l'explication et intègre les capacités différentes des personnes à se saisir d'une information. Elles considèrent, en outre, que la responsabilité individuelle peut-être entravée par des contraintes propres à chaque patient. Ces offres sont aussi construites à partir du postulat de l'existence d'inégalités quant aux ressources que les personnes peuvent mobiliser pour s'approprier l'information relative à la préservation de la santé. Elles tendent donc à combler les ressources manquantes, notamment celles considérées comme indispensables pour obtenir une modification des comportements des patients dans le sens souhaité (Perrin, 2008).

La distinction faite par ces chercheurs en santé publique nous paraît intéressante pour qualifier la direction prise par la branche Maladie en créant une offre de service à destination des publics en situation de fragilité par rapport à leurs droits et en venant encadrer l'action des CPAM en la matière. Il semble que la nature du traitement souhaité s'approche d'une offre dite interventionniste, au sens où l'Assurance maladie privilégie l'accompagnement des bénéficiaires potentiels vers les droits et intègre la possibilité de capacités différenciées à se saisir et à comprendre l'information. Elle ne présuppose pas que les personnes sont raisonnables et responsables de leurs préférences, mais a vocation à fournir à chacune un appui individualisé tenant compte de ses difficultés propres. De ce fait, le déploiement par la branche Maladie d'une réponse au non-recours par non accès, qui englobe des situations individuelles de non connaissance et de non réception des droits, engage les CPAM, ou les conforte, dans l'affirmation d'une relation de service particulière avec les personnes potentiellement éligibles aux droits en matière de complémentaire gratuite ou aidée.

Relation où l'information, l'explication et l'accompagnement tiennent, conjointement, une place majeure. Si ce triptyque paraît pouvoir renforcer l'effectivité de la CMU-C et de l'ACS,

son déploiement tend néanmoins à travailler les CPAM dans leurs modes de fonctionnement les plus ancrés et dans leur rapport à l'utilisateur. Travailler sur le non-recours par non accès met les CPAM au défi de dépasser une approche uniforme de leur public, de former différemment leurs agents, d'adapter leurs mécanismes de production à la prise en compte de situations individuelles complexes, de concilier exigences gestionnaires et réponse à des problématiques sociales, d'aller au devant de ceux qui ne viennent pas vers elles. Le défi est grand, d'autant plus dans un contexte financier extrêmement contraint. Pour le groupe de travail « accès aux droits et aux soins » mêlant acteurs de la CNAMTS et des CPAM, il s'agit de suivre les changements qui vont découler du déploiement de l'offre de services et d'affiner les procédures de gestion des droits sociaux, en tenant notamment compte des contradictions émergeant dans les organismes lors des évolutions dans l'organisation du travail. C'est l'intégration du non-recours dans la nouvelle COG, que la branche Maladie prépare pour 2010, qui est en marche.

2. 32 - Des expérimentations locales pour tester les nouvelles modalités d'intervention

Au niveau local, certains organismes se lancent rapidement dans des expérimentations pour tester de nouvelles modalités d'action auprès des non-recourants, à l'image de celles préconisées par la circulaire de la CNAMTS. C'est le cas de la CARSAT Rhône-Alpes. Ce travail associe l'ODENORE car il prend forme dans la continuité de la première expérimentation qui a conduit à créer l'outil de repérage et à réaliser un travail de compréhension du non-recours. Les liens avec la CPAM de Grenoble restent complexes depuis la généralisation de l'outil, sa direction refuse par conséquent de s'engager dans un nouveau projet expérimental. En revanche, celui-ci est l'occasion d'impliquer le Conseil général de l'Isère et l'Association des centres de santé de Grenoble (AGECSA), deux acteurs investis sur la problématique de l'accès aux soins dans le département, ainsi que nous l'avons explicité au cours d'un précédent chapitre. Intitulé « Expliquer la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide Complémentaire Santé (ACS) » (Chauveaud et Warin, 2009), ce projet est financé par le Haut commissariat aux solidarités actives (HCSA).

A. *Quand l'explication améliore l'accès aux droits*

Alors que les résultats de la campagne d'information par courriers effectuée auprès des allocataires de l'ASPA ont été mitigés en Isère, comme ailleurs, la CARSAT veut déterminer dans quelle mesure le renforcement de l'effectivité de ces dispositifs peut passer par le développement d'actions d'explication, ciblées et individualisées. Actions dites « sortantes », c'est-à-dire mises en œuvre par le Service social de l'organisme sans demande préalable de la part des personnes. L'organisme tend ainsi à aller au devant des non-recourants pour leur proposer une explication précise de l'ACS et une aide pour remplir leur dossier.

Un courrier a été adressé à 150 personnes de plus de 65 ans, bénéficiaires de l'ASPA et n'ayant pas de complémentaire. Il leur signale qu'une assistante sociale (AS) va prendre contact par téléphone ou leur propose, en cas d'absence de coordonnées téléphoniques, de contacter le Service social de la CARSAT. Pendant les trois mois suivant l'envoi, des AS ont appelé, puis reçu en permanence ou été voir à domicile, 142 personnes (Warin, 2013). Plus de 40% des allocataires de l'ASPA ont donc répondu favorablement au courrier de la CARSAT et voulu une explication sur leurs droits. Des caractéristiques communes à ces personnes peuvent être notées : plus de deux sur trois déclarent vivre seules, plus d'une sur cinq « être isolées sans contact avec des proches » et 9 sur 10 avoir des difficultés de santé chronique. Plus d'un quart de ces personnes ressent, quant à lui, le besoin d'une aide financière pour améliorer son accès aux soins.

Toutes les personnes rencontrées soulignent le bénéfice d'une démarche d'explication des droits en direction des assurés, sans attendre que ceux-ci se rendent au guichet. Elles expriment, parallèlement, un besoin d'accompagnement, particulièrement concernant les problématiques liées à leur santé car celle-ci provoque de nombreuses inquiétudes. En ce sens, l'écoute attentive et la possibilité d'un contact approfondi avec un travailleur social, apportent, d'après les personnes, une plus-value par rapport à des actions administratives informelles telles les envois de courriers. Elles permettent, en outre, de faire des liens entre le contenu général des dispositifs et les situations personnelles.

L'action d'explication apparaît d'ailleurs plutôt persuasive, puisqu'une personne sur cinq a constitué un dossier de demande de CMU-C ou d'ACS suite à la rencontre avec la CARSAT (Chauveaud et Warin, 2009). La plupart s'est vue ouvrir un droit. Les personnes dont les

revenus se sont avérés finalement trop élevés n'ont, par la même, pas été perdus de vue. La CARSAT a prévu un ré examen de leur éligibilité aux dispositifs, quelques mois plus tard, pour tenir compte d'éventuelles évolutions dans leurs situations. Le besoin d'explication apparaît en tout cas plus prégnant chez certains bénéficiaires potentiels des dispositifs de complémentaire publique.

Une expérimentation effectuée en 2009 par l'IRDES et la CPAM de Lille, et ayant pour but de rapprocher les bénéficiaires potentiels de l'ACS de leurs droits, le souligne également. Ce travail a été réalisé à partir de l'usage de l'outil de l'ODENORE : il a ainsi été possible pour les expérimentateurs d'identifier des non-recourants auprès desquels intervenir (Desprès et al. 2010). Certains ont été contactés par courriers, d'autres ont été conviés à des réunions collectives d'information organisées par la CPAM. Les chercheurs de l'IRDES, qui participent également aux réunions, notent des réactions différenciées par rapport à la diffusion de l'information par le travailleur social spécialisé sur l'ACS et chargé de présenter le dispositif. A côté des quelques participants qui s'approprient les éléments d'information fournis et évaluent immédiatement leur éligibilité ou leur inéligibilité potentielle, nombreux sont ceux qui disent ne pas avoir compris les informations et qui demandent des explications à l'agent de la CPAM sur les barèmes ou les étapes de la démarche. En ce qui les concerne, la réunion collective est insuffisante pour les amener à s'engager dans le processus d'ouverture de l'ACS (Desprès et al., 2010). Le besoin d'explication est bien accru chez certains.

Les chercheurs de l'IRDES signalent en tout cas l'importance que le travailleur social soit bien formé sur l'ACS pour répondre à des questions portant sur des points très précis du dispositif, des démarches à effectuer auprès des CPAM mais aussi auprès des Organismes complémentaires (OC). Ce dernier constat résonne avec celui-ci fait par la CARSAT et l'ODENORE concernant l'existence d'un besoin d'explications et de formation des agents sur les dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée.

B. Le besoin d'explication et de formation des professionnels

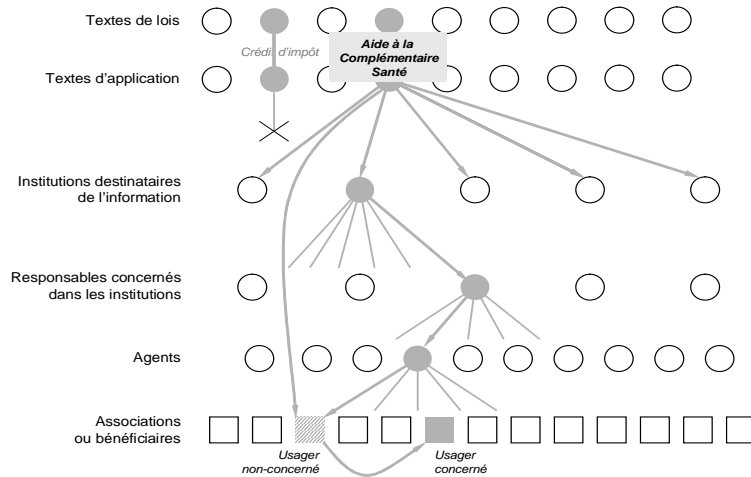
Dans le cadre de l'expérimentation Iséroise, à côté des actions d'explication conduites par les assistantes sociales, un groupe de qualification mutuelle²¹³ composé de cinq allocataires de l'AAH et de six allocataires du RMI n'ayant pas bénéficié d'actions d'explication ainsi que de cinq professionnels -deux AS de la CARSAT, deux AS du Conseil général de l'Isère, une secrétaire médicale des Centres de santé de Grenoble- s'est réuni pendant trois jours non consécutifs. Sous le regard des chercheurs de l'ODENORE, des échanges d'expériences et d'analyses sur les difficultés d'accès à la CMU-C et à l'ACS ont ainsi vu le jour entre usagers et professionnels. L'objectif étant au final de préciser les besoins en termes d'information et d'explication, mais aussi de suggérer des pistes d'amélioration des interventions menées par les organismes sociaux auprès des personnes en non-recours. Un film présente la démarche et les résultats.

Un constat intéressant en ressort : une demande d'explication des dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée existe aussi du côté des professionnels. Les assistantes sociales du service de la CARSAT soulignent, en effet, ne pas toujours maîtriser dans le détail les prestations de l'Assurance maladie, du fait notamment de l'évolution rapide de la législation. Cela est plus particulièrement le cas s'agissant de l'ACS. Les AS expliquent que leurs propres incompréhensions peuvent gêner l'explication des dispositifs aux bénéficiaires potentiels. Celle-ci est parfois imprécise et peut, par la même, varier d'un professionnel à un autre, dans la mesure où ceux-ci ne peuvent que rarement s'appuyer, en interne des organismes, sur une traduction actualisée et accessible rapidement des dispositions officielles.

L'expérimentation met ainsi en exergue le fait que, pour les bénéficiaires potentiels des droits comme pour les professionnels, l'information sur les dispositifs descend, non sans mal, jusqu'à eux et qu'ils en résultent diverses incompréhensions. Le schéma du « Puits perdu », dessiné lors d'une séance de la qualification mutuelle illustre ce ressenti (schéma). Un constat identique a été fait par les agents des CPAM qui ont répondu aux demandes d'explication des personnes destinataires de la campagne d'information publipostée sur l'ACS. Ils ont d'ailleurs soulevé la question de leur formation sur ce dispositif que beaucoup disent connaître assez mal (Fonds CMU, 2009).

²¹³ Méthode mise au point par S. Rozenberg, consistant à faire dialoguer des usagers et des professionnels du social sur des dispositifs.

Schéma
De la décision des pouvoirs publics au terrain :
« le puits perdu »



Sources : Chauveaud C. et Warin, P., « Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement bénéficiaires », rapport final pour le HCSA, novembre 2009.

Ces expérimentations conduites par des organismes locaux participent à montrer que si le traitement du non-recours au travers d'une relation individualisée avec les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS paraît améliorer le recours aux droits, il demande bien à la branche Maladie une réflexion accrue sur les compétences de ses agents et sur leur formation.

CONCLUSION DU CHAPITRE

La première expérimentation locale réalisée en 2007 par des acteurs administratifs et scientifiques a conduit à outiller le non-recours à la complémentaire. La généralisation de l'outil informatique par les acteurs nationaux de la protection maladie, dans le cadre d'une stratégie centrée sur le renforcement de l'effectivité de la CMU-C et de l'ACS, a introduit le non-recours dans la branche Maladie de la Sécurité sociale. L'usage initial de l'outil a servi une stratégie d'intervention unique plaçant en son cœur l'information en masse. Sa reprise au niveau national a parallèlement enclenché une prise en compte accrue du non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée par l'Assurance maladie, l'élaboration progressive d'un langage commun et de normes d'action nouvelles concernant l'accès à la CMU-C et à l'ACS.

Suite à la diffusion de la circulaire de généralisation, les CPAM ont fait des usages différenciés de l'outil : certaines ne l'ont pas utilisé, mais ont néanmoins créé leurs propres méthodes de repérage du non-recours ; d'autres en ont usé pour engager des études sur le phénomène ou tester de nouvelles pratiques auprès des bénéficiaires potentiels des droits ciblés. La grande majorité des caisses a toutefois suivi les instructions de la CNAMTS, ce qui a permis une évaluation large des effets sur le recours aux droits ACS de la campagne d'information postale généraliste. La CNAMTS, à travers le groupe de travail « accès aux droits et aux soins », a effectué le suivi national de cette action, capté aussi les évaluations approfondies de certaines caisses locales. Plus globalement d'ailleurs, le groupe a servi de catalyseur aux différentes initiatives conduites par des CPAM, en lien souvent avec des acteurs scientifiques, sur le non-recours. Forts de l'ensemble de ces éléments et sous l'impulsion de quelques « convaincus », le groupe a organisé la réflexion relative à l'accès aux droits complémentaires et aux soins des ressortissants précaires de l'Assurance maladie. Il s'est tout particulièrement appuyé sur la traduction différenciée que les organismes locaux ont fait des consignes diffusées dans la circulaire de généralisation de l'outil. Peu à peu, la CNAMTS a ainsi précisé sa perception du non-recours et élaboré un cadre d'action pour le traiter.

Pierre Lascoumes explique que le cadrage « par le haut » est une chose pour répondre à un problème public, mais que l'appropriation du cadre par des acteurs locaux est tout aussi centrale (Lascoumes, 1990). Il souligne que l'action publique s'élabore fréquemment en

prenant appui sur des normes secondaires d'application. Celles-ci sont produites par les acteurs locaux en situation pour donner du sens à leurs actions. Elles conduisent à l'adaptation des demandes réglementaires aux réalités locales (Lascoumes, 2010). L'élaboration d'une stratégie pour traiter le non-recours a relevé tout à la fois de la diffusion d'un document réglementaire de cadrage « par le haut » -la circulaire généralisant l'outil- et d'une appropriation de cette trame générale par des acteurs locaux, marqués par des histoires spécifiques et des routines diverses quant à l'accès aux droits et aux soins des populations précaires. Des acteurs également dépendants de systèmes d'interaction de proximité spécifiques d'un territoire à l'autre. La mise au point de la stratégie s'est faite au travers d'interactions entre la CNAMTS et les CPAM, fréquemment associées à des acteurs scientifiques, et par des allers-retours à plusieurs échelles d'action publique.

C'est ainsi que la branche Maladie a progressivement perçu et « appris » le non-recours à la complémentaire, au travers de l'évaluation des premières actions pour renforcer l'effectivité des droits et des contradictions apparues dans les organismes expérimentant de nouvelles méthodes de travail. Au travers également de la production de connaissance qualitative, de l'incorporation prioritaire des explications relatives aux problématiques informationnelles et du centrage sur les formes de non-recours par non connaissance et non réception. Ainsi, l'Assurance maladie a-t-elle compris que si le non-recours résulte parfois d'une absence totale d'information, il a plus souvent pour cause une somme d'incompréhensions relatives à des points précis des dispositifs. En ce sens, la branche a acté le fait que les bénéficiaires potentiels ont souvent connaissance des droits et des démarches, mais qu'ils ne les comprennent pas nécessairement. Pour l'institution et puisque son objectif est que les personnes se rapprochent de leurs droits, un besoin d'explication et d'accompagnement s'est ainsi imposé comme une condition pour faire évoluer les comportements des bénéficiaires potentiels dans le sens voulu. Entendons dans le sens d'une demande et d'un investissement jusqu'à l'ouverture des droits, mais également d'un « bon » usage de ces droits pour recourir aux soins.

En 1991 déjà, Henry Oberdorff a évoqué l'émergence d'un droit non seulement à être informé mais à comprendre le droit et l'administration. A l'époque, il souligne que « *« si nul n'est censé ignorer la loi »*, cela suppose toutefois une certaine connaissance et compréhension » (Oberdorff, 1991). Il explique que, lorsque se mêlent complexité du droit et complexité de l'administration et de ses procédures, le parcours des usagers ne peut qu'être semé

d'embûches. Développer leur compréhension présente alors un double avantage : d'une part, les usagers sont moins perdus dans les circuits administratifs et disposent de points de repères utiles. D'autre part, ils perçoivent les raisonnements et les exigences administratifs et peuvent ainsi mettre en place des comportements plus proches de ceux souhaités par l'administration.

En élaborant un cadre d'action pour traiter le non-recours, ce sont bien *in fine* les comportements des bénéficiaires de droits ciblés comme demandeurs de soins que la branche Maladie veut travailler. Le traitement du non-recours revêt une forme de rappel à ce que sont les comportements attendus, un rappel à la norme comportementale en matière de santé. Vincent Dubois fait également ce constat en ce qui concerne la lutte contre la fraude dans les organismes de Sécurité sociale (Dubois, 2001). Le référentiel de la gestion du risque appelle l'Assurance maladie à modérer les comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé, afin de maintenir le niveau de l'état de santé des populations tout en étant efficient dans l'utilisation des deniers.

Dans ce cadre, le non-recours est bien aussi un moyen de rationaliser et d'homogénéiser la gestion de l'accès aux droits sociaux par les CPAM. L'objectif de la branche Maladie est de sortir d'une gestion des difficultés d'accès qu'elle juge trop hétérogène et peu efficiente. Après avoir laissé faire -ou ne pas faire- les CPAM en matière d'accès aux soins des populations précaires pendant des années, la CNAMTS structure progressivement un cadre d'action afin d'améliorer leur efficacité et leur efficience dans la gestion des droits ciblés sur les plus démunis. Ce faisant l'Assurance maladie a vocation à doter les personnes d'une complémentaire santé gratuite ou aidée et à faire ainsi du non-recours un instrument à part entière de la correction des inégalités d'accès aux soins, axe prioritaire de la gestion du risque.

CONCLUSION GENERALE

En 2010, le non-recours à la CMU-C et à l'ACS fait son entrée dans la Convention d'objectif et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la CNAMTS, pour les trois années à venir. La Convention indique que « *les personnes les plus précaires ont droit à des dispositifs spécifiques de protection, mais [que] toutes ne recourent pas à la couverture à laquelle elles peuvent prétendre. [En ce sens], l'objectif de l'Assurance maladie est de réduire les taux de non-recours à ces dispositifs* ». Exprimant la reconnaissance par la branche de l'existence de situations de non-recours, la COG précise également les actions à mener pour limiter le phénomène. Pour ce faire, elle reprend les principaux points des circulaires rédigées, en 2008 et 2009, par les groupes de travail composés d'acteurs de la CNAMTS et des CPAM. Il est ainsi souligné que « *pour garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé, l'Assurance maladie continue à mettre en place un programme structuré permettant l'identification, l'information et l'accompagnement des populations n'ayant pas fait valoir leurs droits* ».

Parallèlement, « *le recours à la complémentaire santé et le taux de pénétration de l'Aide complémentaire santé par rapport à la population éligible* » deviennent des indicateurs permanents de résultat, s'agissant de l'objectif d'« *assurer un égal accès aux soins* », du Plan qualité et efficacité (PQE) de la branche Maladie. Ce Plan constitue, chaque année, l'annexe principale de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et présente les grands objectifs poursuivis par l'Assurance maladie. En 2010, il rappelle que « *la loi a prévu des dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des personnes dont les ressources sont les plus modestes. Ces dispositifs impliquent à la fois les Caisses d'assurance maladie et les Organismes complémentaires (OC). Dès lors, il convient pour ces organismes de s'assurer que ces personnes ne rencontrent pas de difficultés pour bénéficier de ces dispositifs. Il s'agit de veiller à la bonne effectivité du droit à la CMU-C et à l'ACS* »²¹⁴.

²¹⁴ Extrait du PQE maladie de la LFSS pour 2010.

Cette thèse a suivi le cheminement du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée vers la Convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'Assurance maladie et les Lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Nous avons eu vocation à montrer la manière avec laquelle une question qui ne se pose pas au début des années 2000, s'est progressivement imposée comme un problème pour les acteurs de la protection maladie, mais bien aussi comme une catégorie venant structurer différemment leur action. Le non-recours fait désormais pleinement partie des débats relatifs à la Couverture maladie universelle (CMU) et plus globalement à la protection maladie dans son ensemble. Des taux sont régulièrement mesurés par le Fonds CMU et intégrés dans les rapports d'évaluation de la loi du même nom ; ils donnent une mesure de son effectivité et participent des indicateurs de pilotage de la CMU-C et de l'ACS. Depuis 2006, plusieurs mesures ont par ailleurs été prises, dans les LFSS, à l'aune du non-recours : changement de nom du crédit d'impôt, augmentation des plafonds des dispositifs, du forfait CMU-C et des montants de l'ACS, introduction d'outils de lutte contre les refus de soins, financement de campagnes nationales d'information et mise en place de simulateurs d'éligibilité aux droits sur les sites Internet de l'Assurance maladie et du Fonds CMU.

Au fil de la première décennie des années 2000, le non-recours est plus particulièrement entré dans le champ de perception de la branche Maladie de la Sécurité sociale et sa limitation se positionne désormais parmi ses priorités d'action. L'introduction du phénomène dans sa Convention d'objectifs et de gestion (COG), déclinée localement dans chaque CPAM à travers leur Contrat pluri annuel de gestion (CPG), témoigne du changement intervenu, en seulement quelques années, et de la forme prise par le non-recours au fil des séquences de son institutionnalisation. Car c'est bien la manière avec laquelle cette question a été portée et problématisée qui explique son incorporation par cette institution et les changements qu'elle a générés en son sein.

Les enjeux relatifs à la pertinence des droits ciblés en matière de complémentaire ont, en effet, été évacués par les acteurs de la protection maladie et les regards, orientés en particulier par le Fonds CMU et la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, se sont centrés sur les types de non-recours par non connaissance et non réception, laissant de côté le non-recours par non demande. En ce sens, l'intérêt porté au non-recours n'est pas conduit par une volonté de supprimer ces droits, ni d'en modifier profondément la nature ou le principe,

mais bien de les rendre effectifs. Lors du colloque organisé à l'occasion des dix ans de la loi CMU, le directeur de la DSS a rappelé la priorité du gouvernement de généraliser l'accès de tous les français à une complémentaire santé.

Dans un contexte de gestion du risque maladie visant à maintenir un bon état de santé aux populations tout en contraignant les dépenses de soins, l'absence de complémentaire est pensée comme problématique. Ceci parce qu'elle induit potentiellement des renoncements aux soins pour raisons financières, d'autant plus lorsque l'absence de protection concerne des personnes démunies et difficilement capables d'assumer les restes à charge liés aux frais de santé. Dans ce cadre, la limitation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS est de moins en moins perçue, par les acteurs de la protection maladie, comme un coût supplémentaire, mais bien comme une nécessité pour éviter l'aggravation potentielle des problématiques de santé, qui peut découler du renoncement aux soins. L'absence de complémentaire participe, en ce sens, des situations de fragilité sur lesquelles les acteurs de la protection maladie tendent à intervenir pour préserver l'égal accès de chacun aux soins et un bon état de santé collectif. En France, pays où l'organisation des soins primaires reste faible et où leur accès n'est pas basé sur un principe de gratuité intégrale, les dispositifs visant à renforcer l'accessibilité financière aux soins constituent les principaux leviers pour limiter les inégalités sociales de santé (Bourgueil et al., 2012).

L'attention portée à l'étape de l'accès effectif aux droits s'intensifie donc, cette étape se positionnant, au fil des années, comme un maillon essentiel de la réduction des inégalités sociales de santé. Et les organismes à qui la gestion des droits à la Complémentaire gratuite ou aidée est confiée sont en première ligne pour rendre l'accès effectif. Dans ce cadre, le non-recours dessine une possibilité de concrétiser le rôle de l'Assurance maladie dans la lutte contre les inégalités. Il lui signifie que, si l'égalité d'accès aux soins pour tous est toujours l'horizon d'action, elle passe désormais par l'injection du principe d'équité dans les pratiques quotidiennes des CPAM, afin d'agir prioritairement auprès de ceux qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins, en particulier parce qu'ils ne bénéficient pas d'une protection maladie complète. Comme le souligne, en 2011, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), « *la réduction des inégalités sociales de santé est progressivement devenu un enjeu plus fort pour les organismes d'Assurance maladie [car ils doivent] contribuer de manière adéquate à l'indispensable effort de correction pour que chacun accède aux soins, en gérant la CMU-C et l'ACS* » (HCAAM, 2011).

NON-RECOURS ET CHANGEMENT DE LA RELATION DE L'ASSURANCE MALADIE AVEC LES BÉNÉFICIAIRES DE DROITS SOCIAUX CIBLES

Problématisé autour d'un enjeu d'effectivité des droits CMU-C et ACS, le non-recours devient donc l'affaire, en premier lieu, des organismes de l'Assurance maladie instructeurs et gestionnaires de ces dispositifs, comme l'indique d'ailleurs l'annexe de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Il engage ceux-ci dans des changements importants de pratiques et d'organisation du travail. Et c'est bien nous semble-t-il à travers les changements induits dans cette branche, par l'incorporation du non-recours, que l'on perçoit le caractère paradigmatique de celui-ci et que l'on peut, selon nous, le qualifier de catégorie d'action. En 2010, la COG tend à normaliser l'action des CPAM en matière de non-recours à la complémentaire, afin que celles-ci travaillent de manière homogène « *à réduire les décalages qui peuvent exister entre l'affirmation des droits et leur exercice réel* » (Borgetto, 2008). Si les années précédentes ont permis de « prendre connaissance » du phénomène et de stabiliser des représentations communes, elles ont aussi été l'occasion pour la branche d'expérimenter des actions pour y répondre de manière efficace et de définir progressivement des méthodes et des règles communes.

En ce sens, afin de renforcer l'accès aux dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée effectif, la branche procède désormais à des opérations d'identification des non-recourants parmi les allocataires de minima sociaux -en particulier du RSA depuis sa création en 2009- et parmi ses assurés aux droits de base. Elle mène, auprès d'eux, des campagnes d'information ciblées et propose un accompagnement individualisé à ceux qui rencontrent des difficultés accrues dans l'accès à la CMU-C et à l'ACS. Peu à peu, « *des mesures d'organisation, de communication, d'information et d'accompagnement ont [ainsi] été prises à partir du non-recours. Elles appellent des modifications des pratiques administratives visant à rendre les politiques publiques effectives et non à les modifier* »²¹⁵. Il s'agit bien pour la branche Maladie « *de trouver des moyens d'intégrer pleinement les assurés fragiles dans ses fonctionnements, l'objectif étant de leur permettre d'exercer un recours aux droits et aux soins au moins aussi efficaces que les autres assurés sociaux* »²¹⁶.

²¹⁵ Extrait d'un document de travail de la mission déléguée à l'Assurance maladie et aux publics fragiles, 2012.

²¹⁶ Idem.

Ce nouvel horizon d'action emporte avec lui une volonté de rationalisation et d'homogénéisation de la gestion de l'accès aux droits sociaux par les CPAM. La branche Maladie veut sortir d'une gestion trop hétérogène et peu efficiente des difficultés d'accès aux droits et améliorer l'effectivité de la CMU-C et de l'ACS, sans pour autant engager des dépenses supplémentaires de fonctionnement ou des coûts de gestion accrus pour les Caisses primaires. Dans cette optique, ce sont bien des transformations de l'organisation du travail et des fonctionnements de ces organismes qui voient le jour, afin d'apporter une réponse au non-recours sans augmenter ni les effectifs, ni les sommes consacrés à la gestion des dispositifs. Au même titre que la lutte contre la fraude sociale, la limitation du non-recours trouve ainsi sa place dans une logique de « bonne » gestion des droits par les organismes sociaux (Hamel, 2013) et d'utilisation efficiente des deniers publics en ce qui concerne la gestion des risques.

Un cadre pour percevoir les limites des fonctionnements organisationnels originels

A première vue, le changement opéré par le non-recours dans la branche Maladie peut être considéré comme relevant du premier type décrit par Paul Watzlawick, changement relatif à la modification d'un élément du système organisationnel ou d'un choix et s'apparentant à une modification de surface (Watzlawick, 1980). Mais les changements de pratiques pour limiter le non-recours s'ancrent bien sur un changement des représentations concernant les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et de la nature de la relation à instituer auprès d'eux. En ce sens, nous pensons que le changement est bien du second type proposé par P. Watzlawick et relève d'un remaniement plus profond qu'il n'y paraît des règles du système de gestion des droits par la branche Maladie. Le non-recours tend à amener celle-ci vers un nouvel équilibre et à transformer son référentiel d'action auprès de ses ressortissants. La perception du non-recours entraîne, en effet, une nouvelle compréhension de la réalité et engage l'institution dans une modification profonde de son rapport aux assurés, en premier lieu du rapport aux assurés éligibles aux droits en matière de complémentaire et, progressivement, aux ressortissants de l'ensemble de ses offres de services ainsi que des droits à l'Assurance maladie de base. Ceci parce qu'elle comprend, à travers le non-recours, que ses normes de fonctionnements originelles ne lui permettent pas de mener à bien, de manière efficace et efficiente, les missions qui sont désormais les siennes à l'heure de la gestion du risque.

Le non-recours vient signaler que la gestion des droits ciblés ne peut s'organiser selon les mêmes logiques que celle des droits assurantiels et qu'elle nécessite d'aller vers des pratiques différenciées pour le public d'assurés et pour le public potentiellement bénéficiaire des droits assistanciels. Celui-ci s'inscrit, en effet, dans des rapports spécifiques à ces droits et aux organismes qui les servent, rapports qui viennent traduire les différentes formes prises par le non-recours. Celui-ci induit ainsi, dans la branche Maladie, de nouvelles représentations des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, de leurs besoins, difficultés et attentes pour accéder effectivement à leurs droits. Il devient progressivement un cadre pour faire évoluer les pratiques et méthodes d'action des CPAM et organiser les bases d'une relation spécifique avec les bénéficiaires des prestations ciblées.

A mesure que le non-recours se dévoile, la branche Maladie perçoit les limites de ses fonctionnements : en premier lieu, parce que les ressortissants des politiques ciblées ne sont pas captifs. A la différence des bénéficiaires des droits assurantiels à l'Assurance maladie de base, ils n'ont pas l'obligation d'être affiliés à la complémentaire gratuite ou aidée. Il existe, par conséquent, une possibilité que certains ne bénéficient pas de leurs droits et échappent à la branche Maladie. C'est à travers les taux de non-recours que celle-ci entrevoit la non captivité des bénéficiaires des droits ciblés que sont la CMU-C et l'ACS et le fait, donc, que certains de ses publics manquent à l'appel. L'évaluation chiffrée du non-recours et l'accumulation de taux lui donnent l'ampleur du phénomène. La connaissance relative aux causes du non-recours lui indique, d'autre part, la nature des difficultés qui jalonnent l'accès aux droits et met en exergue les différentes formes prises par le phénomène. L'obtention des droits ciblés CMU-C et ACS demande, en effet, à leurs ressortissants des démarches plus nombreuses que celles à mettre en œuvre pour obtenir les droits assurantiels. Alors que pour ces derniers les CPAM sont davantage en lien avec les employeurs, l'accès à la CMU-C et à l'ACS repose pleinement sur les épaules des bénéficiaires potentiels. Il nécessite qu'ils en fassent la demande, qu'ils constituent le dossier et rassemblent les multiples pièces justificatives, qu'ils respectent et franchissent les différentes étapes de l'ouverture de ces droits.

A l'aune des éléments de connaissance relatifs au non-recours et dans un contexte surplombant de gestion du risque, la branche Maladie questionne son rapport aux bénéficiaires potentiels des droits ciblés en matière de complémentaire santé. Peu à peu, le non-recours s'impose à la branche comme un cadre pour cerner les problèmes rencontrés par

les bénéficiaires de droits ciblés, repenser sa relation auprès d'eux et élaborer de nouvelles normes d'action. Il signe une prise de conscience de l'Assurance maladie des conséquences de l'évolution de la nature de la protection sociale sur ses ressortissants et met en exergue la nécessité de modifier les pratiques, les fonctionnements bureaucratiques et le positionnement par rapport aux assurés pour rendre effectif l'accès aux droits ciblés. Il vient signifier que, la sortie d'une protection exclusivement assurantielle se mettant en place de manière quasiment transparente pour les publics, demande des changements organisationnels importants. La gestion de la CMU-C et de l'ACS suppose, en effet, un travail permanent d'accès aux droits, que le non-recours, de part son caractère mesurable et identifiable, permet, selon les acteurs qui ont œuvré à la prise en compte du phénomène, d'organiser de manière efficace et efficiente, à côté des autres missions de l'Assurance maladie et dans un contexte où les restrictions budgétaires sont la norme.

L'institution à partir du non-recours d'une nouvelle relation aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

La perception du non-recours à la complémentaire signe ainsi une évolution de la posture d'action de la branche Maladie : de l'attente des usagers, elle tend à aller au devant de ceux qui ne viennent pas au guichet pour les inciter à formuler leur demande. La prise de conscience de la "non-captivité" de certains de ses publics entraîne un positionnement davantage proactif. En ce sens, les procédures de détection des non-recourants deviennent une base pour l'action, que ce soit les procédures de repérage au cas par cas ou en masse. Dans tous les cas, la logique surplombante est identique : repérer ceux des bénéficiaires potentiels qui ne disposent pas de leurs droits et engager des actions particulières auprès d'eux. Il s'agit notamment de repérer parmi les personnes qui viennent au guichet, et ce quel que soit le motif de la visite, celles qui se trouvent dans des situations de non-recours par rapport à leurs droits.

La détection dans le flux des visites, des appels ou des courriers électroniques, des situations de fragilité par rapport aux droits à la complémentaire constitue une porte d'entrée pour intervenir auprès des non-recourants. En premier lieu, pour les informer de leurs droits selon des modalités dont la nature s'est diversifiée : envoi de courriers uniformes mais ciblés, information téléphonique, organisation de réunions d'information collectives... Au regard des éléments relatifs aux causes du non-recours, ce sont ainsi ses procédures d'information que la

branche Maladie travaille. D'une information minimale et uniforme, elle s'oriente vers des procédures plus ciblées, vers des supports informatifs simplifiés, mais aussi vers des modalités plus explicatives. Ainsi, lorsque l'information collective et uniforme est insuffisante pour permettre l'engagement des bénéficiaires potentiels dans des démarches d'accès aux droits, se met en place un accompagnement plus individualisé visant à expliquer les démarches administratives et à lever, au fur et à mesure, les obstacles rencontrés sur le chemin de l'accès. Ceci en fonction des situations singulières et des capacités différenciées de compréhension des personnes. Dans ce cadre, il devient plus fréquent que la CPAM et un demandeur se rencontrent plusieurs fois durant le parcours d'accès aux droits.

Ainsi et afin de répondre à l'enjeu d'effectivité des droits, la branche Maladie admet qu'elle ne peut ni rester dans une posture d'attente de l'administré et de sa demande, ni dans le cadre d'une relation minimale et uniforme avec son public. Elle sort d'une représentation des ressortissants comme venant nécessairement chercher leurs droits et comme étant seuls responsables de l'engagement de démarches pour obtenir la CMU-C ou l'ACS. Le contact peut être impulsé par les CPAM. En parallèle, le public se conjugue définitivement au pluriel et l'action des Caisses primaires se différencie en fonction des situations de fragilité et des difficultés particulières rencontrées par certains assurés dans l'accès à leurs droits et aux soins. Elles se limitent de moins en moins à assurer une présence minimale pour informer les demandeurs potentiels, les contacts sont plus fréquents et tendent à faire en sorte que les personnes n'abandonnent pas leurs démarches en cours de route. La limitation du non-recours emporte ainsi la nécessité d'une relation plus serrée, suivie et faite d'interactions en face à face. Elle appelle aussi une relation davantage proactive et différenciée avec les bénéficiaires potentiels des droits ciblés. Elle suppose globalement une capacité des caisses à identifier, dans le flot des demandes au guichet et des informations dématérialisées dont elles disposent, les situations problématiques et à leur porter une attention accrue en ouvrant par exemple le plus rapidement possible les droits. Il s'agit aussi, pour les CPAM, d'être attentives aux difficultés de renouvellement susceptibles d'engendrer des ruptures de droits préjudiciables pour l'accès aux soins. Car certains assurés ne connaissent pas leurs droits, car tous ne viennent pas au guichet. Car aucun n'a, en outre, les mêmes ressources pour comprendre les démarches et parcourir le chemin de l'accès à des droits dont la complexité s'est accrue. Car même si les bénéficiaires potentiels ont demandé une fois, voire plusieurs fois, leurs droits, ils ne se portent pas nécessairement vers les CPAM pour les renouveler.

Au contact du non-recours, c'est bien une relation particulière que la branche Maladie élabore avec les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS. Elle se différencie de celle se déployant pour les assurés « traditionnels » des CPAM, relation très limitée, uniforme et impersonnelle et construite à partir d'une posture d'attente de l'utilisateur et de réponse exclusive à la demande qu'il formule (Catrice-Lorey, 1963 ; 1973). Au contact du non-recours à la complémentaire, la branche met en place auprès de ses publics une relation que l'on peut qualifier de relation de service, celle-ci pouvant être définie en se référant à Erving Goffman comme une relation à trois pôles ; « *les relations de service sont des relations qui se nouent entre des individus, à l'occasion d'une prestation de service, délivrée par les uns (A) à l'intention des autres (B) à propos d'un problème ou d'une réalité (C) sur laquelle on demande à (A) d'intervenir* » (Goffman, 1968). La relation de service ne se résume pas à une « simple » rencontre car elle s'inscrit toujours dans un contexte particulier et revêt des enjeux spécifiques pour les parties prenantes de l'interaction, le prestataire et le demandeur. Ce dernier a vocation à formuler et à convaincre du bien fondé de sa demande, à justifier de sa situation et à remplir les différentes démarches imposées par l'administration pour bénéficier d'une prestation. Selon E. Goffman, même dans le cadre d'une relation de service avec ses publics, l'institution, ses objectifs et normes, se placent toujours au cœur de l'interaction, exerçant une contrainte sur les demandeurs et sur la qualification de sa demande par l'agent (Goffman, 1968). La relation reste ainsi marquée par une position de pouvoir de l'organisme prestataire, mais se déroule tout de même davantage selon des processus de transactions qui rapprochent l'utilisateur de l'organisme et lui fournissent une occasion pour évoquer son cas particulier et ses difficultés spécifiques.

Face à cela, la mise en place d'une relation de type relation de service demande aux organismes de mobiliser, dans l'interaction, plusieurs registres, auxquels correspondent des compétences particulières (Goffman, 1968). E. Goffman signale ainsi le registre technique, qui fait référence aux règles d'attribution, aux critères d'ouverture des droits, aux informations techniques relatives aux problèmes qui se posent et aux solutions à envisager. Registre qui comprend aussi une capacité des agents à recueillir et à enregistrer les renseignements fournis par l'utilisateur, afin de s'assurer de la complétude et de la validité de sa demande au regard des normes administratives. A ce premier registre, s'ajoute le registre contractuel qui demande aux agents de déployer des compétences explicatives, afin de ne pas ramener uniquement les situations particulières à des cadres prévus par la machine gestionnaire, mais également de rendre cette opération compréhensible à l'utilisateur et de l'aider

à dépasser les difficultés qu'ils rencontrent potentiellement pour exposer sa demande ou la mener à son terme. Il s'agit, *in fine*, à travers la relation de service de juger de l'adaptation de l'offre demandée à la situation du demandeur et de favoriser un processus d'explication et d'entente progressive sur ce qu'est la prestation, la manière d'y accéder et d'en user. L'ensemble de ce processus est dans le cadre d'une relation de service marchande censé favoriser l'assentiment du client et a vocation, dans le cas qui nous intéresse, à amener les personnes à faire une demande et à aller jusqu'à l'ouverture de leurs droits.

Pour Erving Goffman, ce type de relation n'existe jamais pour les prestations présentant un caractère obligatoire. Elle apparaît pour les seules prestations faisant l'objet d'une demande, à part entière, de la part du destinataire (Goffman, 1968). Jean Gadrey constate toutefois, qu'en France, « *les organisations de services obligatoires mettent de plus en plus en place des fonctions d'accueil, d'information ou de conseil qui relèvent d'une assistance désirée par les usagers* » (Gadrey, 1992). C'est également le constat fait par les travaux relatifs aux relations de services dans les organismes de Sécurité sociale. Vincent Dubois explique ainsi que ces relations ont pris une importance croissante en France, durant les années 1980, sous l'effet conjugué de l'aggravation des difficultés socio-économiques, de la fragilisation du rapport à l'emploi et du déclin progressif des droits assurantiels au profit de la création de prestations ciblées (Dubois, 1999b). La redéfinition du rapport au public dans les organismes de Sécurité sociale s'est, selon V. Dubois, traduite par un éloignement tendanciel de la simple routine bureaucratique, pour prendre la forme d'interactions de plus en plus stratégiques, surplombées par des enjeux majeurs pour des personnes ayant un besoin accru de bénéficier des mécanismes de protection sociale. Il explique bien que « *le rapport à l'administration sociale pour la perception des droits assurantiels peut être limité à un échange formel et avant tout technique, au sens où son déroulement n'a pas d'incidence sur l'octroi de la prestation et où son bénéfice demande peu de formalités pour ses bénéficiaires* » (Dubois, 1999b). Mais que pour les prestations ciblées, ce rapport demande d'être renforcé dans la mesure où elles sont plus complexes d'accès et où leur bénéfice nécessite de faire la demande puis la preuve de ses droits.

D'après les travaux relatifs aux relations de services dans les organismes de Sécurité sociale, en particulier ceux de Vincent Dubois (Dubois, 1999b ; 2003) et de Jean Marc Weller (Weller, 1999), ces organismes ont adopté, au cours des années 1980-1990, ce type de relation avec leurs publics, en partant du postulat que les populations en difficulté devaient faire

l'objet d'un traitement propre au sein des organismes (Siblot, 2003). Cette adaptation a concrètement opéré par le biais de la réorganisation du travail, de la différenciation de la relation et des services proposés par les organismes et/ou de la mise en place de formations spécifiques pour les agents (Siblot, 2003). Notons que les travaux précités portent plus spécifiquement sur les branches Famille et Vieillesse de la Sécurité sociale. Le fait qu'ils parlent de manière générique des organismes de Sécurité sociale peut toutefois laisser penser que la relation de service est devenue la norme à la fin du 20^{ème} siècle dans l'ensemble de l'institution. Mais si l'on approche la branche Maladie par l'angle du non-recours aux droits, on se rend compte que, pour celle-ci, le changement de la relation au public est en réalité plus tardif. Il est vrai que la création d'une prestation ciblée en matière d'Assurance maladie, la CMU-C, et le choix de sa gestion par les CPAM datent de la toute fin des années 1990. Il faut cependant attendre la fin de la première décennie des années 2000 pour, qu'à l'aune du dévoilement progressif du non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée, le rapport au public évolue s'agissant de cette branche-ci de la Sécurité sociale.

Une relation qui transforme l'organisation du travail et les compétences des agents de l'Assurance maladie

L'institution de cette relation nouvelle emporte en tout cas, et comme pour les autres branches, des transformations profondes de l'organisation du travail en leur sein et avec leur environnement. L'introduction du non-recours vient, en ce sens, travailler des normes de fonctionnement profondément ancrées dans le quotidien des CPAM et questionner, par la même, l'adaptation des compétences de leurs agents à la mise en œuvre de ces nouvelles normes, ainsi que les registres proposés par Erving Goffman s'agissant des compétences nécessaires pour établir une relation de service le suggèrent. La détection des non-recourants entraîne la nécessité d'une collaboration accrue entre les différents services des CPAM, mais également une ouverture vers d'autres acteurs, administratifs ou associatifs. Elle suppose aussi un usage différent des outils informatiques pour repérer dans les stocks d'assurés ceux se trouvant potentiellement en situation de non-recours et de construire des cibles pour mener, notamment, les campagnes d'information. Dans cette optique, ce sont les relations entre services administratifs et informatiques qui tendent à évoluer, les fonctions informatiques devenant un élément clef dans la gestion des droits. Cela implique leur repositionnement

général dans les CPAM et une considération différente des compétences de ceux qui les assument.

L'organisation d'une relation ayant pour objectif de limiter le non-recours interroge aussi le positionnement des services administratifs des CPAM par rapport aux services sociaux des CARSAT, qui ont vu leurs objectifs relatifs à l'accès aux droits et aux soins des populations démunies se renforcer au fil des années. La relation qui s'élabore à l'aune du non-recours oblige, en effet, à resserrer les liens entre services administratifs et sociaux, les agents de ces derniers se positionnant comme des interlocuteurs privilégiés pour expliquer aux non-recourants les modalités de l'accès aux droits à la complémentaire et les amener jusqu'à leur ouverture. L'articulation plus étroite des expertises est donc à l'ordre du jour ; elle peut, en outre, passer par la création de nouvelles fonctions, telle celle des délégués sociaux : nous avons eu l'occasion d'évoquer la mise en place, dans certaines CPAM, de ces agents chargés de suivre les assurés dans leurs parcours individuels d'accès aux droits et de favoriser la réalisation de ces parcours en impulsant la coopération, pas toujours évidente, entre les services des caisses.

L'élaboration d'une relation spécifique avec les bénéficiaires des droits ciblés emporte ainsi potentiellement la création de fonctions nouvelles. Dans tous les cas, elle déplace les frontières professionnelles dans les CPAM et questionne, par la même, les compétences des agents travaillant dans les services administratifs et sociaux. La détection au cas par cas des non-recourants nécessite, par exemple, un positionnement différent des agents de guichet par rapport à la demande et une capacité à repérer, dans le flux des assurés, ceux se trouvant en non-recours ou rencontrant des difficultés importantes dans l'accès à leurs droits. Cela suppose, pour eux, de maîtriser tout à la fois les techniques d'accueil, et d'être suffisamment formés aux problématiques spécifiques rencontrées par les bénéficiaires des droits ciblés, souvent complexes. Il s'agit aussi qu'ils disposent d'informations précises sur l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à la liquidation des droits afin de vérifier, dès le premier contact, la complétude des dossiers CMU-C et ACS. La mise en œuvre de procédures d'accompagnement par les agents administratifs leur demande de faire preuve de polyvalence, afin de percevoir la situation des assurés dans leur globalité et de cerner, suffisamment précisément, l'ensemble des difficultés qui surgissent dans l'accès aux droits. Une capacité d'analyse des situations apparaît ainsi nécessaire, tout comme une connaissance suffisante des

solutions possibles pour y répondre et des interlocuteurs à qui passer éventuellement le relais ou auprès desquels solliciter un appui, en général les travailleurs sociaux des CARSAT.

Du côté de ces derniers, se pose la question de leur information et de leur formation concernant les dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée. On touche là des points cruciaux afin qu'ils puissent effectivement expliquer les droits aux bénéficiaires, susciter leur adhésion et travailler en lien étroit avec les services instructeurs. En effet, si une part du travail relationnel des professionnels du social, migre vers les professionnels de l'administration, *a priori* compétents dans l'application de normes et de procédures, mais moins formés à la prise en charge de la fragilité (Dubois, 2003), inversement, elle engage les travailleurs sociaux à disposer d'une connaissance renforcée des règles d'ouverture des droits ciblés et des procédures de traitement administratif des dossiers maîtrisés par les agents de liquidation. Autrement dit et ainsi que cela a été le cas dans la branche Famille dans les années 1980, la « socialisation » de la relation administrative dans les CPAM constitue le pendant d'une « bureaucratisation » du travail social (Dubois, 2003).

Quand le non-recours travaille la relation de l'Assurance Maladie à l'ensemble de ses assurés

Lorsque nous arrêtons notre terrain pour cette thèse, le déploiement de ce rapport nouveau aux bénéficiaires des droits ciblés est en cours et tend à devenir la norme dans les CPAM, afin de gérer de manière efficace et efficiente les droits ciblés CMU-C et ACS. Car s'il s'agit d'améliorer leur effectivité, la branche Maladie tend à le faire sans engager de coûts organisationnels supplémentaires, ni augmenter ses effectifs humains et tout en continuant à mener ses autres missions auprès des assurés, mais également des professionnels de santé et des employeurs. Nous avons souligné que l'institutionnalisation du non-recours entre parfois en contradiction avec la réalisation des autres activités, en venant notamment déstabiliser certains indicateurs relatifs à la gestion du service de base, comme le temps d'attente dans les CPAM, par exemple lorsque les agents consacrent du temps à recevoir les non-recourants en rendez-vous. C'est d'ailleurs pour dépasser ce type de contradictions que la branche a continué à tester des modes de faire permettant de concilier l'ensemble des activités, de manière efficace. C'est bien aussi pour cette raison qu'elle travaille, progressivement, à une restructuration générale de l'organisation du travail dans ses organismes locaux et avec leur

environnement, à partir du non-recours. Notre positionnement à l'ODENORE, qui continue à effectuer des travaux en matière d'Assurance maladie, nous permet de suivre, de façon certes moins approfondie, l'histoire du phénomène et de cette institution.

Nous pouvons, en ce sens, souligner que l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée s'inscrit dans une tendance plus générale de l'Assurance maladie, à apporter peu à peu des réponses spécifiques à ceux de ses assurés, dont la situation lui paraît nécessiter une attention particulière. Dans le cadre de la gestion du risque en effet, à côté de la réalisation de sa mission traditionnelle relative aux droits maladie de base, la branche déploie des offres de services spécifiques vers des publics identifiés en situation de fragilité en matière de santé, en premier lieu pour des raisons médicales et, de plus en plus, pour des raisons sociales et/ou administratives. La branche Maladie travaille ainsi à identifier, à partir des informations dont elle dispose, des catégories d'assurés présentant un caractère commun de fragilité afin de leur faire des propositions de services. Nous l'avons évoqué. La finalité est bien de favoriser l'accès et le recours aux soins le plus optimal afin d'éviter toute dégradation de l'état de santé individuel et collectif et donc des coûts supplémentaires pour l'Assurance maladie. Ainsi a-t-elle conçu des offres à destination de personnes atteintes de pathologies chroniques, à l'image de la démarche SOPHIA concernant les personnes diabétiques. Cette offre de services tend à améliorer la prise en charge sanitaire des patients, à rationaliser leurs parcours de soins et à réduire l'apparition de complications liées au diabète. La branche a également mis en place des offres d'accompagnement vers les droits et les soins à destination de segments de populations, en particulier les jeunes ne relevant plus des droits maladie familiaux et n'étant encore pas insérés professionnellement, ainsi que vers les personnes âgées rencontrant des problématiques de santé récurrentes.

Le dévoilement du non-recours et son institutionnalisation en matière de CMU-C et d'ACS ont induit, après 2010, une réflexion générale au sein de la branche concernant l'ensemble de ces offres proposées dans le cadre de la gestion du risque maladie. Toutes reposent sur une adhésion facultative et n'ont donc pas de bénéficiaires obligés ; en ce sens, il existe un risque de non-recours pour chacune d'entre elles. En 2012, le Comité national de gestion (CNG)²¹⁷

²¹⁷ Le CNG est composé de 8 membres à parité entre l'Etat et l'Assurance Maladie. La présidence est assurée alternativement, par période d'une année, par la direction générale de l'organisation des soins (Ministère des Affaires sociales) ou la direction générale de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Le CNG confie des missions à des acteurs de l'Assurance maladie sur des sujets importants pour l'institution. Il établit aussi chaque année un budget prévisionnel retraçant l'ensemble des crédits nationaux et régionaux. Il

de la CNAMTS a installé une mission relative à l'Assurance maladie et ses publics fragiles, afin d'analyser le déploiement de ces offres auprès des populations qu'elles ciblent. Cette mission, constituée de dirigeants de CPAM, de membres de plusieurs directions de la CNAMTS et de l'ODENORE, a piloté des travaux dans plusieurs Caisses primaires pour, d'une part, faire le point sur les actions mises en œuvre pour limiter le non-recours à la complémentaire et, d'autre part, diagnostiquer la situation pour les autres offres ciblées de l'Assurance maladie. Il s'est agi d'analyser les difficultés d'accès rencontrées par les bénéficiaires potentiels et leur niveau de compréhension des offres.

On voit que le non-recours devient un cadre général pour appréhender le rapport des ressortissants de la branche Maladie avec celle-ci et pour comprendre leurs parcours vers les offres destinées à améliorer leur protection en matière de santé. La réalisation de ces travaux a signifié que le non-recours existe effectivement s'agissant des offres ciblées sur les publics fragiles, mais également concernant les droits de base à l'Assurance maladie. Alors que les situations par rapport à l'emploi sont de plus en plus instables et précaires, les travaux de la mission ont montré qu'il n'est pas rare que des personnes soient exposées à des ruptures de droits assurantiels et qu'elles restent, parfois pendant plusieurs mois, sans aucune protection maladie.

Les travaux ont abouti à la rédaction, en 2013, d'un Plan d'action pluriannuel relatif au non-recours, aux incompréhensions et aux ruptures (PLANIR) en matière d'Assurance maladie. Ce Plan massif, qui tend à se déployer de 2014 à 2017, s'ancre sur l'idée, apparue avec le dévoilement et l'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire, que les fonctionnements de la branche Maladie et la relation entretenue originellement avec son public renforcent la possibilité qu'apparaissent des cas de non-recours, des incompréhensions et des ruptures pour l'ensemble des offres et droits servis par l'institution. Dans cette perspective, le Plan explicite, pour chaque droit et offre, la relation à instaurer avec les bénéficiaires potentiels afin de favoriser leur accès. Il souligne que les CPAM ont désormais vocation non seulement à limiter le problème, mais surtout à éviter la survenance du non-recours en continuant à adapter leur posture d'action et leurs fonctionnements les plus

répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé (ARS). Le budget identifie la part, au niveau national, du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) réservée aux expérimentations concernant les soins de ville.

quotidiens. La finalité consiste à restructurer complètement l'organisation du travail en plaçant, en son cœur, le non-recours²¹⁸.

Progressivement, il s'agit non pas d'organiser une relation de service spécifique, proactive et individualisée, uniquement avec les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, en parallèle d'une relation « plus traditionnelle » avec les autres assurés. Mais bien d'affiner encore la relation instituée à partir du non-recours à la complémentaire et de la déployer progressivement, à l'ensemble des ressortissants des caisses. La finalité n'est, par la même, pas seulement de limiter le non-recours, mais de le prévenir. Le postulat est que la plupart des ressortissants de la branche Maladie peuvent désormais être, à un moment ou à un autre, exposés aux risques de non-recours, d'incompréhension et de ruptures en matière de protection maladie. L'institution considère, de plus en plus, que le risque de non-recours est inhérent à la nature des nouvelles offres proposées par la branche et qu'il devient également une possibilité pour les droits assurantiels, à l'heure où l'instabilité des parcours par rapport à l'emploi s'accroît. Dans cette perspective, l'action des CPAM tend à se structurer à partir du repérage des personnes exposées au risque de non-recours ; ce repérage devient un élément central de leurs fonctionnements, afin de mettre en place une relation de services en priorité auprès des personnes présentant un risque de non-recours et d'éviter ainsi toute fragilisation de l'accès aux soins.

La normalisation de cette relation pour les ressortissants de l'ensemble des droits, offres et services de l'Assurance maladie suppose en amont, selon les rédacteurs du Plan institutionnel PLANIR, de continuer à repérer les situations à risques de non-recours, à partir d'observations de terrain, et de définir des critères précis de vulnérabilité, afin de donner aux CPAM les moyens de repérer en permanence ces situations et de faire de ce repérage la porte d'entrée pour accompagner individuellement les personnes concernées vers l'ensemble de leurs droits. Le non-recours est ainsi devenu le prisme au travers duquel penser la relation avec des publics qui n'ont plus le même visage qu'au moment de la création de l'Assurance maladie, en 1945 ; le cadre pour réorganiser l'action d'une institution dont la nature des offres servies a évolué, les missions se sont démultipliées, mais dont les ressources sont également de plus contraintes. Il s'impose comme un élément central pour concrétiser la gestion du risque qui

²¹⁸ Extrait du guide méthodologique relatif à la démarche PLANIR.

tend à concentrer les moyens sur ceux qui en ont le plus besoin et à privilégier une intervention préventive pour éviter toute dégradation de l'état de santé individuel et collectif.

LE NON-RECOURS POUR COMPRENDRE LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL, A L'AUNE DES RESSORTISSANTS DE L'ACTION PUBLIQUE

Une approche par le non-recours pour identifier la prégnance de fonctionnements organisationnels bureaucratiques

Au terme de ce travail, il nous semble qu'une approche de l'action publique par le non-recours est intéressante à plusieurs égards. En premier lieu, en entrant dans la branche Maladie de la Sécurité sociale par cet angle de recherche, il nous a été possible de déterminer le type de relation entretenue par cette organisation avec son public. Nous avons ainsi pu percevoir la persistance de fonctionnements bureaucratiques, le maintien d'une structuration à partir de logiques productives entraînant une forme de mise à distance du public et une relation encore minimale, uniforme et impersonnelle, visant prioritairement l'efficacité et la rapidité dans le traitement des dossiers et le paiement des prestations. Au début des années 2000, la branche Maladie conserve ainsi des fonctionnements « machiniques », entraînant une forme de dépersonnalisation et une réification de la relation au public (Chevallier, 1986). La contractualisation avec les acteurs étatiques et la forme de redevabilité gestionnaire descendant de la CNAMTS vers les CPAM a contribué à renforcer ces fonctionnements, en centrant l'attention sur les *outputs* et sur la performance des produits administratifs. L'évaluation de la qualité du service rendu au prisme d'indicateurs tels le temps d'attente à l'accueil ou les délais de traitement des demandes participent aussi à concentrer l'attention sur l'efficacité et la rapidité dans la gestion des prestations.

En ce sens, la branche Maladie présente des fonctionnements encore très proches de ceux décrits par Antoinette Catrice-Lorey dans les années 1960-1970. Rappelons que cette sociologue a été la première à approcher les CPAM à partir de l'angle du non-recours et à montrer le décalage entre ces fonctionnements bureaucratiques productifs et les besoins réels des assurés (Catrice-Lorey, 1976). Dans ses travaux, elle signale, en effet, que si le rapport des CPAM avec leur public est uniforme et perçu comme principalement technique, les besoins sont en revanche très différents d'un assuré à l'autre, que tous n'utilisent pas

l'institution de la Sécurité sociale de la même manière, que le degré d'information n'est pas identique et que certains rencontrent davantage que les autres des problèmes de contact avec les caisses (Catrice-Lorey et Reynaud, 1959, présenté par Roquigny, 1960 ; Catrice-Lorey, 1973). En observant la branche Maladie à partir du non-recours, elle souligne, parallèlement, le sentiment ressenti par les bénéficiaires de l'institution de ne pas avoir de place dans cette machine bureaucratique, de ne disposer d'aucune possibilité pour signifier leurs difficultés particulières et de peiner à se faire entendre dans leurs besoins spécifiques (Catrice-Lorey, 1982). Elle explique que le non-recours est, dans ce cadre, une question qui ne se pose pas pour l'organisation, alors même qu'il existe et qu'il se concentre sur certaines populations.

En choisissant, à 40 ans d'intervalle, de travailler sur le non-recours en matière d'Assurance maladie, nous avons découvert que les fonctionnements décrits par la sociologue, le rapport et la place accordée aux assurés sont, au début du XXI^e siècle encore quasiment identiques à ce qu'elle a décrit. En amorçant une plongée au cœur de cette organisation, nous avons ainsi été frappée de l'extrême actualité des analyses d'Antoinette Catrice-Lorey, et ce alors même que cette branche de la Sécurité sociale a, comme les autres branches, vu ses publics se diversifier progressivement et la nature des prestations qu'elle sert se transformer. Bien entendu la branche a engagé de multiples évolutions, nous avons eu l'occasion d'en présenter certaines tout au long de cette thèse ; cependant, le rapport aux assurés n'a quant à lui pas fondamentalement changé et l'institution demeure ce que beaucoup nomme : un organisme de production, instaurant de ce fait une séparation assez nette avec ses destinataires. Dans cette perspective, le non-recours demeure une question invisible, peu posée, voire embarrassante. Surtout, elle continue à être masquée par la nature du rapport aux assurés et les fonctionnements de la branche. Il nous a ainsi été possible de comprendre que le phénomène du non-recours n'est pas invisible, mais bien « invisibilisé » par la persistance, dans la branche Maladie, de fonctionnements bureaucratiques et de la relation distanciée au public qui en découle. Les publics n'ont que peu de place dans cette branche de la Sécurité sociale et les « non publics » sont purement et simplement un angle mort de l'action administrative. C'est bien aussi, selon nous, parce que cette organisation s'est, d'une certaine manière, rendue inaccessible et a maintenu pendant plusieurs décennies cette inaccessibilité, que le non-recours existe. Il est finalement l'une des conséquences d'un modèle administratif bureaucratique qui a fait de la mise à distance du public un des fondements de son action.

Nous aurions aisément pu passer à côté de ces constats, pourtant centraux, dans notre recherche ; la lecture des travaux sur les relations de services relatifs aux organismes de Sécurité sociale nous suggérant, on l'a dit, que ceux-ci avaient transformé le rapport purement formel et technique initialement entretenu avec leurs ressortissants, pour aller vers un rapport de type relation de service. Or si cela est le cas pour certaines branches, l'Assurance Maladie n'a quant à elle pas, au début des années 2000, engagé de manière globale ce changement ; excepté dans quelques CPAM qui ont fait le choix de se positionner fortement sur la question de l'accès aux droits et de l'accès aux soins des plus démunis et qui, de ce fait, ont mis en place des relations spécifiques auprès d'eux. D'où la pertinence d'une entrée par le non-recours dans la branche Maladie pour percevoir que cette transformation n'a, au début des années 2000, malgré la mise en place de la CMU-C et le fait que sa gestion soit confiée aux CPAM, pas globalement eu lieu dans cette branche.

Dès l'introduction de ce travail, nous avons expliqué et souligné à plusieurs reprises le développement cloisonné et sectoriel de chaque branche de Sécurité sociale ; il semble ainsi qu'il soit nécessaire d'observer leurs transformations branche par branche, la prise en charge des différents risques sociaux par l'institution ne fonctionnant toujours pas, malgré des réformes allant dans une direction convergente, selon des logiques totalement uniformes. Il est possible, dans un second temps, de procéder par comparaison afin de vérifier que celles-ci ont tendance à se rapprocher tendanciellement, le décloisonnement de l'action des branches et la coordination s'imposant notamment comme des conditions pour répondre à des problèmes de nature plus transversale et pérenniser la gestion des risques dans un contexte financier de plus en plus contraint. Nous retenons de cela qu'il est difficile de généraliser d'emblée à l'institution de la Sécurité sociale, dans son ensemble, des constats faits à l'aune d'une branche en particulier. Nous pensons, en tout cas, concernant la branche Maladie de la Sécurité sociale, et au regard de la persistance dans une période récente de fonctionnements « invisibilisant » le non-recours et tenant à distance les publics, que comprendre l'émergence et l'institutionnalisation du phénomène prend tout son sens et qu'il est possible d'en saisir le caractère paradigmatique.

Comprendre l'institutionnalisation du non-recours en matière d'Assurance maladie : une possibilité d'entrevoir le caractère paradigmatique du phénomène

C'est bien en percevant plus nettement que certaines personnes ne viennent pas au guichet, en visualisant les multiples difficultés d'accès aux droits et en comprenant les raisons de ces situations que la branche Maladie transforme, peu à peu, la relation entretenue avec son public et certaines de ses normes d'action parmi les plus structurantes. Le non-recours a ainsi induit des transformations dans les représentations que l'institution a de son public et s'est, parallèlement, présenté comme un levier d'évolution pour penser de nouveaux schèmes d'action (Le Quéau, 2003). Le non-recours est, en ce sens, devenu l'un des nouveaux cadres à travers lesquels l'intervention de l'Assurance maladie s'exerce désormais.

Ainsi, si l'approche par le non-recours aux droits peut nous permettre de comprendre la nature de la relation entretenue par une organisation à son public et traduire le rapport du second à la première, il est également un traceur intéressant du changement de cette relation dialectique et des restructurations organisationnelles, opérées à l'aune des ressortissants de l'action publique. Le non-recours constitue, dans cette perspective, un outil pertinent pour observer la nature des changements produits par et dans une organisation bureaucratique, partant de son public. En transformant sa perception du non-recours et en l'incorporant, la branche Maladie ouvre, en effet, une porte d'accès vers elle à ses ressortissants et tend enfin l'oreille à des constats faits de longue date par certains de ses publics.

La traduction que le phénomène permet des difficultés rencontrées par les bénéficiaires potentiels dans l'accès à leurs droits, la mise en lumière des non usages et des usages difficiles deviennent alors une source potentielle de changement organisationnel ; ils ne sont plus exclusivement pensés comme des défaillances amoindrissant la performance des organismes, performance saisie, en particulier, au travers des taux d'ouverture de droits et venant limiter la productivité des services et impacter leurs indicateurs d'activité. Une approche par le non-recours paraît, par conséquent, pertinente pour comprendre comment l'intégration de problèmes, nouveaux, peu visibles, ignorés ou masqués par des fonctionnements élaborés pour mettre en œuvre un système particulier de protection sociale, entraîne la transformation de l'action d'organismes publics fortement ancrés dans un champ d'activité.

Mais ce qui est plus précisément intéressant s'agissant du non-recours aux droits, c'est que les changements qui découlent de sa prise en compte sont faits en fonction et pour le public des organismes. Public qui, pendant longtemps, a peiné à trouver une place autre que celle de l'administré assujéti aux fonctionnements bureaucratiques et n'ayant son mot à dire, ni sur les organismes de Sécurité sociale, ni sur les droits servis ou sur le rapport entretenu avec ces organismes. L'institutionnalisation dans la branche Maladie du non-recours, et les transformations auxquelles elle donne lieu, marquent, nous semble-t-il, un positionnement administratif quelque peu différent par rapport à la demande sociale, formulée ici au travers du non-recours.

Nous pensons, en effet, que l'institutionnalisation du phénomène traduit une forme d'intégration de la demande sociale des publics effectifs ou potentiels et la construction, au sein de l'organisation étudiée, d'une véritable figure de l'usager, participant à reconfigurer l'organisation par ses usages, non usages et mal usages des droits, offres et services servis par celle-ci. La prise en compte du phénomène ne vient pas transformer l'offre publique en elle-même -en tout cas concernant les droits que nous avons étudiés-, les formes de non-recours par non-demande et les enjeux de pertinence de la nature de l'offre qui y sont associés ayant massivement été évacués. Elle engage néanmoins un changement profond des modalités de gestion et de mise en œuvre de ces offres pour gérer différemment ses missions.

En ce sens, cette thèse nous a mis en position de saisir le caractère paradigmatique du non-recours comme source de changement, par le public, des représentations et des normes d'action d'une organisation bureaucratique qui a précisément tenu, pendant plusieurs décennies, son public à distance. C'est pourquoi, il a été passionnant de suivre le processus par lequel, en quelques années, le non-recours s'est dévoilé à cette organisation, si peu préparée à s'en saisir, et les raisons pour lesquelles elle en a tenu compte jusqu'à en faire l'une de ses catégories d'action venant instituer un rapport nouveau à ses ressortissants.

Une approche par le non-recours donnant la possibilité de comprendre les conditions du changement organisationnel

Le fait que le non-recours soit peu visible et masqué par les fonctionnements de la branche Maladie a toutefois supposé de comprendre le processus de dévoilement du phénomène et la manière dont celle-ci s'en est saisie. Nous avons ainsi abordé l'émergence et l'institutionnalisation du non-recours de manière processuelle afin de pointer, petit à petit, les conditions du changement organisationnel. Cette approche donne la possibilité de percevoir dans quelle mesure le changement relève tout à la fois de l'action d'acteurs nationaux, récents ou plus anciens dans le champ de la protection maladie, comme de l'action des organismes locaux de l'Assurance maladie. On assiste à un cheminement du non-recours entre niveaux national et local, entre acteurs administratifs et acteurs scientifiques aussi.

Tous jouent, à différents moments, un rôle d'intermédiation (Duran, 2010), pour initier un intérêt et opérationnaliser cette question, initialement, peu visible. De manière générale, ce rôle d'intermédiation est triple, ainsi que l'explique Patrice Duran : il amène les acteurs à impulser un intérêt et à participer à la formulation des buts collectifs, par une intervention dans le repérage et la délimitation des contours des problèmes ; à intervenir dans des négociations visant à dégager de l'information pertinente sur ces problèmes pour y apporter une réponse ; enfin, ce rôle se traduit par la définition opératoire des orientations d'action afin de les traduire en pratiques, par exemple à travers l'élaboration de catégories venant opérationnaliser l'action publique (Duran, 2010).

On voit bien, au terme de ce travail et ainsi que nous l'avons supposé, que le changement organisationnel relève d'une entreprise de mise en visibilité, de production de connaissances, d'un effort méthodologique et d'outillage du non-recours. C'est au fur et à mesure des opérations de dévoilement, qui revêtent par conséquent des enjeux stratégiques forts, que le non-recours devient une question qui se pose, que des acteurs en acquièrent le concept et qu'il vient se positionner plus nettement dans les représentations mentales de la protection maladie. D'où l'intérêt que nous avons porté à ces opérations, aux rapprochements des acteurs les permettant, aux protocoles des enquêtes, aux expérimentations et moments d'outillages même les plus techniques, afin de cerner la manière dont le non-recours est rendu visible malgré les obstacles organisationnels et techniques hérités du passé. Afin de déterminer aussi ce que les

acteurs retiennent de cette mise en visibilité et la manière dont la connaissance et les savoir-faire méthodologiques sont appropriés.

Le dévoilement et la production de connaissances quantitatives et qualitatives sur le non-recours permettent aux acteurs concernés par la complémentaire gratuite et aidée de lui associer des enjeux. A partir de là, le phénomène se problématise et se positionne au regard des débats relatifs à la protection maladie ; certaines de ses dimensions sont, par la même, mises sous le feu des projecteurs, quand d'autres sont volontairement ignorées. L'ouverture de voies méthodologiques et l'élaboration d'outils de repérage du non-recours favorisent plus spécifiquement, quant à eux, l'introduction du non-recours dans les préoccupations de l'Assurance maladie, en lui signifiant sa capacité à le prendre en charge et en esquisant les prémices d'une possible réponse institutionnelle.

L'approche processuelle nous amène à distinguer deux grandes séquences qui constituent, selon nous, des conditions principales du changement : dans un premier temps, le changement est initié de l'extérieur de la branche Maladie, à la différence de la branche Famille qui avait impulsé la prise en compte du non-recours aux droits de l'intérieur. Il opère, ensuite, au cœur de la branche Maladie par un processus d'apprentissage organisationnel, initié par un élément moteur -l'expérimentation pour outiller le non-recours- déclenchant une série d'effets en chaîne.

Il est ainsi possible de distinguer l'importance jouée dans la mise en exergue d'un problème invisible et ignoré, tel celui du non-recours, d'une agence mixte d'Etat nouvellement positionnée dans le champ de la protection maladie. C'est bien à travers les missions d'expertise et d'évaluation qui lui ont été confiées que cet acteur participe à l'institutionnalisation du non-recours. C'est tout autant grâce à son positionnement pivot, facilité par la présence en son sein d'acteurs de « l'élite du *Welfare* » et d'acteurs issus des organismes gestionnaires de la protection maladie, que par la manière dont sont constituées ses instances décisionnelles. Cette agence joue ainsi tout à la fois un rôle d'alerte (Tabuteau, 2003), d'influence (Eymeri-Douzans et Pierre, 2011), de stabilisation et de diffusion des connaissances et permet, en particulier à travers l'évaluation, à la branche Maladie « *centrée sur une logique de mise en œuvre, de produire des informations sur son propre contexte d'action, comme sur ses propres productions* » (Duran, 2010).

On perçoit aussi les rapports de force et les repositionnements des acteurs « traditionnels » du champ de la protection maladie. Il ressort, en particulier, l'importance prise par les acteurs étatiques. Ainsi que Patrick Hassenteufel a pu le souligner (Hassenteufel, 2008b), cette thèse nous a permis de comprendre que le processus d'étatisation de l'Assurance maladie se traduit, plus précisément, par un accroissement du rôle joué par la Direction de la sécurité sociale (DSS) du Ministère de la Santé. Ici, elle a nettement imposé une vision particulière du non-recours à la complémentaire et des enjeux à lui associer prioritairement. C'est, en effet, dans son sillage que les regards des différents acteurs de la protection maladie se sont progressivement centrés sur les enjeux d'effectivité du non-recours et sur ses caractéristiques opératoires pour renforcer l'accès effectif aux droits CMU-C et ACS. La DSS a, notamment, poussé à généraliser des outils permettant de détecter le non-recours, afin de procéder à de massives campagnes d'information auprès des personnes qui ne bénéficient pas de leurs droits. Ce faisant, elle a initié et conforté l'évaluation des enjeux relatifs à la pertinence des droits ciblés en matière de complémentaire, pourtant initialement bien présents concernant l'ACS.

En toile de fond, la DSS a ainsi défendu une direction pour réformer le système de protection sociale en France, à savoir le maintien et le renforcement de dispositifs ciblés sur les plus démunis, dispositifs impliquant en outre, en matière de santé, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie complémentaire (AMC). La direction a entériné, par la même, la possibilité de poursuivre le transfert des charges relatives aux dépenses de santé vers les complémentaires, et a rejeté d'autres modalités de réforme de la protection maladie et de couverture des franges défavorisées de la population. L'institutionnalisation du non-recours à la complémentaire se comprend ainsi au regard des enjeux sectoriels et des évolutions propres au champ de la protection maladie. Le retrait progressif de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'augmentation de la participation financière des patients, en particulier pour les soins courants, ont rendu de plus en plus indispensable le bénéfice d'une complémentaire santé en France, pays où, rappelons-le, les soins primaires sont peu organisés par l'Etat et où leur accès n'est pas entièrement gratuit.

D'autres voies sont pourtant envisageables pour limiter les inégalités d'accès aux soins induites par l'augmentation des Restes à charge (RAC). Mais les pouvoirs publics ont, depuis plusieurs décennies, privilégié la généralisation de l'accès à la complémentaire. Dans ce

contexte, l'accès aux droits en la matière constitue la pierre angulaire de l'accès aux soins et un élément central de la gestion du risque maladie, qui se déploie depuis 2004. En France, l'émergence de la question du non-recours et son institutionnalisation trouvent donc leurs racines, à la fois, dans l'organisation du système de soins primaires, dans les conséquences des politiques de régulation des dépenses maladie par la demande de soins et dans les choix faits pour lutter contre les inégalités sociales de santé. En ce sens, une approche processuelle et contextualisante de l'émergence du non-recours nous apparaît encore plus indispensable au terme de ce travail, afin de déterminer dans quel contexte législatif en matière de protection maladie et de santé, le non-recours à la Complémentaire gratuite ou aidée a trouvé sa place et, surtout, s'est problématisé.

Si l'émergence du non-recours à la complémentaire s'est spécifiée au regard de logiques sectorielles et de transformations propres à la protection maladie, elle partage, tout de même, certaines des raisons qui ont présidé à l'importation du non-recours en France par la branche Famille de la Sécurité sociale. Le non-recours à la complémentaire gratuite ou aidée s'est bien encadré, ainsi que cela a été le cas s'agissant de la CNAF, dans un mouvement de transformation de la nature du système de protection sociale. La création de droits ciblés pour certaines catégories de la population et le fait d'en confier la gestion à des organismes traditionnellement chargés de la gestion de droits assurantiels a favorisé l'introduction en leur sein de la question du non-recours.

Dans le cas des droits familiaux et maladie, le non-recours a intéressé, par son caractère mesurable, une réflexion évaluative plus prégnante dans un système de pilotage par objectifs/résultats, mais également, par ses caractéristiques opératoires, une modernisation des pratiques. Il a constitué -et constitue- un levier pour améliorer la gestion de l'accès aux droits et la performance de leur effectivité. L'intérêt porté au non-recours tient aussi, dans les deux cas, à une dynamique en matière de lutte contre les exclusions et à la rédaction en France, à partir de la fin des années 1990, de Plans de lutte contre les exclusions. Plans qui en France, à partir des années 2000, sont particulièrement attentifs au déploiement de la CMU-C créée, rappelons-le, dans le sillage de la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions et qui constitue l'un des symboles de la volonté de rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux. Cette dynamique relative à la lutte contre les exclusions dépasse d'ailleurs le cadre national et est attisée au niveau européen, nous l'avons vu, par une stratégie d'inclusion sociale centrée sur l'accès individuel à un socle minimal de droits.

Le fait que l'on retrouve des logiques similaires à l'émergence du non-recours en matière de prestations familiales et maladie s'explique notamment par les circulations d'acteurs d'un champ d'activité à l'autre. Si les branches de la Sécurité sociale demeurent encore cloisonnées les unes par rapport aux autres, les acteurs y travaillant sont cependant mobiles au sein de l'institution de la Sécurité sociale et « transportent » avec eux, au cours de cette mobilité, certaines problématiques qui leur tiennent plus spécifiquement à cœur. L'institutionnalisation du non-recours en matière d'Assurance maladie est donc aussi liée aux parcours professionnels de différents acteurs ; d'où l'importance de porter attention aux trajectoires des acteurs participant à l'institutionnalisation du non-recours et aux convictions qui sont les leurs.

Dans tous les cas, en sélectionnant progressivement ce qu'ils veulent entendre et voir du non-recours, en le problématisant au regard de logiques à la fois globales et sectorielles, ces acteurs publics mettent en exergue certains enjeux du rapport des bénéficiaires à l'offre qui leur est destinée et s'engagent soit sur le chemin de la transformation de la nature des droits, soit sur le chemin de la consolidation de leur effectivité. Ils renvoient, par la même, la responsabilité du non-recours vers des acteurs publics en particulier. Ici, le non-recours, surplombé par des enjeux d'effectivité, d'efficacité et d'efficience, est progressivement porté à l'attention du gestionnaire principal des droits à la complémentaire. L'entreprise de dévoilement par des acteurs extérieurs à la branche Maladie est d'ailleurs surplombée, dès le départ, par une volonté d'importer le non-recours au cœur de cette institution qui ne peut et ne veut pas s'en préoccuper d'elle-même.

Ainsi le changement organisationnel, après avoir été initié de l'extérieur de la branche Maladie, s'est déployé en son sein par un mécanisme d'apprentissage. Nous avons souligné, en introduction, que ce mécanisme peut s'enclencher à partir d'une action initiale (Crozier, 1966), à l'initiative de quelques acteurs de l'organisation mais aussi de son environnement (Weick, 1969). C'est le cas avec l'expérimentation menée au cœur d'une CPAM pour outiller le phénomène, suite à la réalisation d'un état des lieux local du non-recours par le Fonds CMU et l'ODENORE. Cet état des lieux a amorcé, en premier lieu, une bascule quant à la perception du non-recours par l'Assurance maladie. Si l'introduction d'une redevabilité par les *outputs* n'a pas amené immédiatement les CPAM à se préoccuper du phénomène, celui-ci étant principalement pensé comme un signe d'échec dans la performance de l'organisation à

gérer ses produits administratifs, la mise en exergue du non-recours à partir des outils informatiques d'une Caisse primaire et le dévoilement de ses différentes formes, contribuent à le faire apparaître comme un moyen, un levier pour renforcer la performance de cette gestion. Le thème du non-recours s'est ainsi positionné comme pouvant participer d'une rationalisation de la gestion de l'accès aux droits complémentaires par les services CMU et de l'amélioration de la performance de l'organisation quant à l'effectivité de ces droits.

Dans le cadre de l'expérimentation, la branche Maladie a bénéficié des avancées préalablement faites par son environnement, en particulier par la branche Famille, qui lui a apporté des compétences et des indications méthodologiques précieuses pour rendre visible le non-recours. Les échanges avec les acteurs scientifiques ont également participé de l'apprentissage organisationnel, en créant une relation entre des connaissances et des intérêts pratiques. Les connaissances quantitatives et qualitatives élaborées sur le non-recours, mais plus encore les connaissances méthodologiques relatives aux possibilités de l'identifier à partir des outils de la branche Maladie, ont soulagé les acteurs administratifs d'une partie de l'effort méthodologique pour donner à voir le phénomène et les ont orientés dans leurs questionnements pratiques (Benson, 1983). Nous pensons ainsi que les possibilités accrues de connaissance de l'action administrative et des phénomènes sociaux, tout comme le développement des pratiques de mesure des résultats et d'évaluation, ont contribué à l'institutionnalisation du non-recours et au changement organisationnel. Ils ont fait apparaître les conséquences pratiques de l'action d'une organisation sur ses assurés et ses dysfonctionnements liés à des modes de faire administratifs devenus obsolètes. Ils sont venus, tout à la fois, interroger l'action et lui ouvrir des horizons nouveaux.

Alors qu'elle a pris corps dans un contexte d'ambiguïté concernant le non-recours et à l'initiative de quelques acteurs isolés, l'expérimentation a eu des répercussions dans l'ensemble du système organisationnel. Cela rejoint les analyses de Paul Watzlawick selon lequel « *même le plus petit changement effectué au sein d'un système rigide entraîne une réaction en chaîne qui peut finir par changer le système tout entier* » (Watzlawick, 1980). C'est, en tout cas, bien le fait que les Caisses primaires disposent d'une marge de manœuvre dans la déclinaison de la COG à travers leur CPG qui a permis à une CPAM de s'engager dans l'expérimentation. On peut voir dans cela une forme d'autonomie des Caisses locales ; mais nous pouvons noter que, si les directions des CPAM se lancent plus facilement que par le passé dans des actions innovantes afin de créer localement les moyens d'atteindre les

objectifs définis par les instances nationales, elles peuvent aussi très vite faire marche arrière lorsque les résultats de ces actions ne sont pas suffisamment rapides pour améliorer le niveau de leur performance sur tel ou tel indicateur ; leur classement par rapport aux autres CPAM et les mécanismes d'intéressement du personnel dépendant de ces indicateurs. Cependant, cela n'empêche pas les actions expérimentales et innovantes d'être reprises par d'autres organismes locaux ou généralisées par les acteurs nationaux et de perpétuer ainsi un mouvement d'apprentissage.

L'institutionnalisation du non-recours a ainsi pris appui sur une expérimentation locale initiale, qui a ensuite diffusé dans l'ensemble de l'organisation. L'élaboration et l'usage d'un premier outil informatique de repérage du non-recours ont déclenché des formes d'apprentissage organisationnel par la praxis. Ils ont, en effet, signé la possibilité pour les agents des cellules informatiques de mieux comprendre les obstacles techniques et organisationnels à la prise en compte du non-recours, mais également de détecter individuellement les non-recourants et de lancer ainsi les premières actions auprès d'eux. Même si sous la pression de la DSS, l'usage des fonctionnalités de l'outil créé par l'expérimentation initiale a été restreint, les usages différenciés qu'en ont fait par la suite les CPAM ont amené, tout à la fois, une évaluation de l'usage de tels outils, une réflexion sur les possibilités de leur amélioration, une accumulation des connaissances sur le non-recours à la complémentaire et l'affinage du protocole à suivre pour intervenir auprès des personnes ne disposant pas de leurs droits sociaux.

C'est aussi au fil des contradictions qui ont émergé dans les CPAM, lorsqu'elles ont expérimenté de nouvelles modalités d'organisation du travail pour répondre au non-recours, qu'a émergé la nécessité de modifier profondément les fonctionnements les plus structurants de l'organisation. Contradictions liées principalement au fait que l'instauration d'une relation spécifique avec les bénéficiaires potentiels des droits ciblés a pu venir déstabiliser le reste des missions organisationnelles auprès des assurés et le traitement du flux des demandes des autres ressortissants de l'institution. Les contradictions ont ainsi participé du processus d'institutionnalisation et poussé l'organisation à réorganiser, plus fondamentalement, la mobilisation de ses moyens financiers, humains et techniques à partir du non-recours, afin de les concentrer concrètement sur les situations de fragilité dans l'accès aux droits et aux soins. L'élaboration de schèmes et de normes d'action en matière de non-recours et l'institution d'un nouveau rapport aux assurés s'est, en tout cas, aussi joué dans un jeu subtil entre Caisse

nationale et caisses locales, entre rédaction de circulaires par le haut et édicition de normes secondaires d'application par le bas, au gré d'expérimentations locales, de généralisation plus ou moins forcée et d'usages contextualisés des instructions nationales. Au fil de ce processus, l'organisation de l'Assurance maladie a appris le non-recours, sélectionné ce qu'elle voulait retenir et rejeter. Elle a découvert et bâti sa capacité d'action en la matière. L'histoire est d'ailleurs toujours en train de s'écrire, comme nous avons pu le signaler.

Dans le cas qui nous a intéressée, le changement organisationnel s'est ainsi élaboré sous l'action de l'environnement national et local de l'Assurance maladie et en interne à partir des leçons de l'expérience empirique. C'est la combinaison de ces conditions, dévoilement par l'extérieur et opérationnalisation en interne, qui a amené la branche Maladie à faire du non-recours aux droits une de ses catégories d'action pour intervenir prioritairement et selon des modalités plus adaptées, auprès de ses ressortissants en situation de fragilité par rapport aux droits et/ou aux soins. Cependant, cette catégorie reste contingentée par des règles qui dépassent la branche Maladie, par exemple s'agissant de la réglementation venant encadrer les échanges d'information sur les publics entre administrations, et par des systèmes d'action concrets locaux, facilitant ou contraignant le déploiement d'une relation nouvelle aux assurés. L'uniformisation de la gestion de l'accès aux droits par le non-recours reste, d'une certaine manière, prisonnière des relations entretenues sur les territoires par les CPAM avec leur environnement, entendu au sens large comme un environnement composé d'organismes de Sécurité sociale, de professionnels de santé, de collectivités territoriales et d'acteurs associatifs. Dans la mesure où la gestion de l'accès aux droits par l'institutionnalisation du non-recours tend à se faire au delà des murs, le rapport à l'environnement local est décisif. Car si la CNAMTS donne de grandes lignes d'action aux CPAM, celles-ci sont responsables de créer et de renforcer les moyens locaux de cette action.

En suivant dans cette thèse le processus d'émergence du non-recours aux droits et son institutionnalisation dans une organisation administrative profondément imperméable au phénomène, nous avons pu montrer le caractère potentiellement paradigmatique du non-recours aux droits. Celui-ci peut donc, à certaines conditions, devenir un cadre de perception et d'action pour instituer, par la traduction qu'il propose du rapport entretenu par les ressortissants avec les dispositifs de l'action publique, une relation nouvelle entre des organisations administratives et leurs publics. Il vient alors transformer, par une prise en compte de la demande sociale, les modalités de mise en œuvre des droits ciblés, désormais au

cœur de notre système de protection sociale français. Il peut ainsi venir opérationnaliser, dans un contexte de contrainte budgétaire, la lutte contre les inégalités d'accès aux droits, ici dans une branche de l'institution de la Sécurité sociale fondamentalement construite à partir d'un principe d'égalité de traitement de ses ressortissants. En cela, le non-recours marque, selon nous, le tournant administratif, dans cette branche, de l'égalisation individuelle des chances afin de préserver l'égal accès aux droits fondamentaux de tous, ici l'accès à la protection de la santé.

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE

Références générales, méthodologie de la recherche et épistémologie

Adler P. et P. Adler, (1987), *Membership roles in field research*, Newsbury Park: Sage.

Blondeau C., (2002), « La boucherie : un lieu d'innocence ? », *Ethnographiques.org*, n°2, novembre, [en ligne]<http://www.ethnographiques.org/2002/Blondeau.html>

Emerson R., (2003), « Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes ». In Céfai D. (ed), *L'enquête de terrain*, Paris, La découverte/MAUSS.

Favret-Saada J., (1990), « Etre affecté », *Gradhiva*, n°8, pp. 3-10.

Gallenga G., (2005), « Une ethnologue dans la grève », *Ethnologie française*, XXXV(4), pp. 723-732.

Hughes E.C., (1996), *Le regard sociologique : essais choisis. (Textes rassemblés et présentés par Chapoulie J.M.)*, Paris, éd. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS), 344p.

Larousse, (2012), *Le petit Larousse illustré*, édition 2012.

Olivier De Sardan J.P., (2001), « L'enquête de terrain socio-anthropologique », *Enquête*, vol.8, pp. 63-81.

Pillon T. et F. Vatin, (2003), *Traité de sociologie du travail*, Toulouse, éd. Octarès, 501p.

Pinçon M. et M. Pinçon-Charlot, (2005), *Voyage en grande bourgeoisie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 192p.

Soulé B., (2007), « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches qualitatives*, vol. 27(1), pp.127-140.

Wacquant L., (2000), *Corps et âme*, Paris, Agone, coll. Mémoires sociales.

Assurance maladie et politiques de santé

Barnay T, Hartmann L. et P. Ulmann, (2007), « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, n°1-2007, La Documentation Française, pp. 109-126.

Bellamy V. et F. Mikol, (2012), « Les revenus d'activité des médecins libéraux : le poids des dépassements », *Études et résultats*, DREES, n°811, septembre.

Bourgueil Y., Marek A. et J. Mousquès, (2009), « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°141, avril.

Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. et le groupe AIR Project, (2012), « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 179, septembre.

Bras P.L., Grass E. et O. Obrecht, (2007), « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit Social*, 3, pp. 463-71.

Bras P.L. et D. Tabuteau, (2009), « « Santé 2010 ». Un rapport de référence pour les politiques de santé », *Les Tribunes de la santé*, S.E.V.E., n°25, hiver, pp. 79-93.

Bresson M., (2008), « Comment réduire les inégalités sociales de santé : du souhaitable au possible », *Sociologie Santé*, n°28, juin, 377p.

Briet R., (2009), « Pour un bouclier sanitaire », *Regards croisés sur l'économie. Au chevet de la santé. Quel diagnostic ?, Quelles réformes ?*, n°5, janvier, pp. 120-127.

Cohen Solal J.M., (2012), « Les assurances complémentaires et le service public de l'Assurance maladie », In *Tabuteau D. (dir), Service public et santé*, Paris, eds. de Santé et Presses de Sciences Po, coll. Verbatim santé, pp. 147-149.

Cornilleau G., (2009), « Quel sera le coût de la santé demain ? », In *Bras P.L., De Pourville G. et D. Tabuteau (eds), Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Les Presses de Sciences Po, pp. 153-162.

Cornilleau G. et Debrand T., (2011), « Crise et déficit de l'Assurance maladie : faut-il changer de paradigme ? », *Revue de l'OFCE. Les finances publiques dans la crise*, n°116, janvier, pp. 315-332.

Couffinhal A. et M. Perronnin, (2004), « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête SPS 2000-2002 », *Rapport de l'IRDES*, n°523, avril.

Dormont B., (2009), « Vieillesse et dépenses de santé », In *Bras P.L., De Pourville G. et D. Tabuteau (eds), Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Les presses de Science Po, juin, pp. 123-130.

Dourgnon P., Grignon M. et F. Jusot, (2001), « L'Assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°43, décembre.

Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M. et C. Ordonneau, (2007), « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°124, juillet.

Dourgnon P., Grignon M. et F. Jusot, (2007), "Psychosocial resources and social health inequalities in France : Exploratory findings from a general population survey", Sedap Research Paper n°189, Hamilton, McMaster University, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP), mai.

Elbaum M., (2009), « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », In *Bras P.L., De Pourville G. et D. Tabuteau (eds), Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Les Presses de Sciences Po, pp. 196-206.

Elbaum M., (2010), « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », *Les Tribunes de la santé*, Hors série n°1, mai, pp. 15-29.

Fenina A. et Y. Geffroy, (2006), « La base 2000 des Comptes de la santé. Méthodologie, Document de travail, Séries statistiques », DREES, n°99, juillet.

Geoffard P.Y., (2000), « Dépense de santé : l'aléa moral », in *Economie et Prévision*, vol. 142, n°1.

INSERM, (2006), « Les bases de données de l'Assurance maladie », document de l'équipe mixte INSERM/ CNAMTS 687.

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), (2003), *Santé, soins et protection sociale en 2002*, Rapport de l'IRDES, n° 522, décembre.

IRDES, (2010), « Le forfait journalier hospitalier en France. Historique et tarification », Document de travail, IRDES.

IRDES, (2011), « Historique du ticket modérateur », document de travail, IRDES.

Jafflin D., (1998), « Accès aux soins et couverture sociale, l'Assurance maladie confrontée à un impératif égalitaire », In *Lebas J. et P. Chauvin (dir), Précarité et santé*, Paris, Flammarion.

Jusot F. et C. Cases, (2010), « Les inégalités sociales de santé », In *Trannoy A., Inégalités sociales de santé*, éd. La Lettre du Collège des économistes de la santé, n°1, mars, pp. 2-4.

Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A. et T. Rochereau, (2008), « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°132.

Leclerc A., Kaminski M. et T. Lang, (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte/ INSERM, 245p.

Maury C., (2012), *L'Humanitaire médical en France. Rôle de l'action associative dans la prise en charge sanitaire des populations précaires. Le cas de Médecins du Monde*, Thèse de doctorat de l'Université de Grenoble, soutenue le 23 janvier.

Marical F. et T. de Saint Pol, (2007), « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *Insee Première*, n°1142.

Pellet R., (2012), « L'égalité et l'accroissement du reste à charge », In *Tabuteau D. (dir), Service public et santé*, Paris, éd. de Santé et Presses de Sciences Po, coll. Verbatim santé, pp. 59-68.

Perrin C et al., (2008), « Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux diabète français », *Santé publique*, vol.20, n°3, pp. 213-223

Polton D. et P. Ricordeau, (2011), *Le SNIIRAM et les bases de données de l'Assurance maladie*, Power point CNAMTS, mars, 58p.

Rameix S., (1997), *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, coll. Sciences humaines en médecine, 159p.

Tabuteau D., (2003), « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? », *Les Tribunes de la santé, S.E.V.E.*, n° 1, janvier, pp. 36-46.

Tabuteau D., (2004), « Les autres défis de l'Assurance maladie », *Les Tribunes de la santé, S.E.V.E.*, n°4, mars, pp. 111-125.

Tabuteau D., (2006), *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988 – 2006)*, Paris, Ophrys, 420p.

Tabuteau D. (ed), (2008), *Quinze ans de sécurité sanitaire. De la loi du 4 janvier 1993 aux défis de 2008*, Paris, éd. de Santé et Presses de Sciences Po, coll. Verbatim Santé, juin.

Tabuteau D., (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, janvier, pp. 85-92.

Tabuteau D., (2012), « Les services publics de santé et d'Assurance maladie entre repli et renouveau », In *Tabuteau D. (dir), Service public et santé*, éd. de Santé et Presses de Sciences Po, coll. Verbatim santé, pp. 7-27.

Volovitch P., (1999), « Egalité devant les soins, égalité devant la santé, quel rôle pour l'Assurance maladie », *Revue de l'IREES*, n°30, pp. 2-27.

Couverture maladie universelle

Auvray L. et M. Grignon, (2001), « Les opinions sur la Couverture maladie universelle et ses bénéficiaires au 1^{er} trimestre 2000 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°38, juillet.

Boisguérin B., Bonnardel C., Gissot C. et M. Ruault, (2001), « Aide médicale départementale : bilan 1996-1999 », *Etudes et résultats*, DREES, n°126, juillet.

Boisguérin B., (2001), « Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle au 30 mars 2001 », *Etudes et résultats*, DREES, n°128, août.

Boisguérin B. et C. Gissot, (2001), « Les opinions sur la Couverture maladie universelle et ses bénéficiaires au 1^{er} trimestre 2000 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 123, juillet.

Boisguérin B., (2002), « La Couverture maladie universelle au 31 mars 2002 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 179, juillet.

Boisguérin B., (2003), « Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle au 31 décembre 2002 », *Etudes et résultats*, DREES, n°239, mai.

Boisguérin B., (2004), « Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle au 30 juin 2003 », *Etudes et résultats*, DREES, n°287, janvier.

Centre alpin de recherche épidémiologique et de prévention sanitaire (CAREPS), (2002), *Contribution à l'évaluation du dispositif CMU. Analyse de la perception des différents acteurs concernés*, Lyon, CAREPS (ed), n°368, août, 235p.

Direction des Études et des Statistiques – CNAMTS, (2001), « La consommation des soins de ville des bénéficiaires de la CMU au terme d'une année de remboursement », *Point Stat*, n° 31, mars.

Direction des Etudes et des Statistiques – CNAMTS, (2001), « Un an de Couverture maladie universelle (dénombrements des bénéficiaires et structure des dépenses) », *Point Stat*, n° 32, avril.

Franc C. et M. Perronin, (2007), « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS », *Question d'économie de la santé*, IRDES, n° 121.

Le Fur P. et M. Perronin, (2003), « L'état de santé des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 76, décembre.

Raynaud D. (2003), « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Etudes et Résultats*, DREES, n°229, mars.

Ruault M. (2000), « L'Aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998 », *Etudes et résultats*, DREES, n°60, avril.

Volovitch P., (2003), « Une couverture à visée universelle à l'égard des plus démunis. La CMU en questions », *Informations sociales. Le ciblage en question(s)*, n°108, avril, pp. 70-75.

Protection sociale, Politiques sociales

Borgetto M., (2010), « Sur quels principes bâtir une politique sociale ? Petit inventaire des choix possibles », *Informations sociales. Comment fabriquer une politique sociale ?*, n° 157, janvier/février, pp. 10-27.

Borgetto M. et R. Lafore, (2002), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris, éd. Montchrestien, 569p., (4 éd.).

Borgetto M., (2003), « Identification, problèmes et enjeux du ciblage. Un état des lieux de la question », *Informations sociales. Le ciblage en question(s)*, n°108, pp. 4-17.

Buchet D., (2001), *Enquête qualitative sur les indus de prestations dans les CAF*, Dossiers d'études, CNAF/CREDOC.

Chauvière M., (2007), *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris, La Découverte, coll. Alternatives sociales, 224p.

Commaille J. et B. Frotiée (avec la collaboration de Brocas A.M.), (2004), *La fabrique du social : l'exemple de la CMU*, rapport pour le Fonds CMU, décembre, 150p.

Damon J., (2008), « Les politiques familiales dans l'Union européenne : une convergence croissante », *Recherches familiales*, Union nationale des associations familiales (UNAF), n°5, janvier, pp. 33-53.

Elbaum M. (2007), « Protection sociale et solidarité en France. Evolutions et questions d'avenir », *Revue de l'OFCE. Inégalités, justice et solidarités*, n°102, mars, pp. 559-622.

Esping-Andersen G., (1999), *Les trois mondes de l'Etat providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Presses universitaires de France, coll. Le lien social, 310p.

Euzéby C. et J. Reisz, (2011), *La Dynamique de la protection sociale en Europe*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, coll. « L'économie en plus », 112p.

Ewald F., (1986), *L'Etat providence*, Paris, Grasset, 608p.

Gilens M., (1999), *Why Americans Hate Welfare : Race, Media, and the Politics of Antipoverty Policy*, University of Chicago Press.

Grelley P., (2012), « Contrepoint - La méthode expérimentale », *Informations sociales, Innovations et expérimentation sociales*, n° 174, juin, p. 23.

Grelley P., (2012), « Contrepoint - Esther Duflo et l'expérimentation sociale », *Informations sociales, Innovations et expérimentation sociale*, n° 174, juin, p. 61.

Join-Lambert M.T., (1997), *Politiques sociales*, Paris, Dalloz-Sirey, 718p., (deuxième édition revue et corrigée).

Lafore R., (2010), « Eclairer la fabrique des politiques sociales », in *Informations sociales. Comment fabriquer une politique sociale ?*, n°157, janvier pp. 4-5.

Lefeuvre G., (2011), « L'expérimentation sociale : une innovation de politique sociale en réponse à la « crise » dans le champ de l'éducation », communication au colloque AECSE : *Crise et/en éducation : épreuves, controverses et enjeux nouveaux*, 28 et 29 octobre.

Loncle P., (2010), « Le Revenu de solidarité active : changements et continuités institutionnelles en phase d'expérimentation », (avec Virginie Muniglia et Thierry Rivard), *Politiques et management public*, vol 27, n°2, pp. 35-54.

Merlen E. et F. Ploquin, (2008), *Ma sécu : de la Libération à l'ère Sarkozy*, Paris, Fayard, 401p.

Merrien F.X., (2011), « La nouvelle gouvernance de l'Etat social en France dans une perspective internationale », *Informations sociales. Le management du social*, n°167, septembre octobre, pp. 12-23.

Palier B., (2002), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 433p.

Paugam S., (1993), *La société française et ses pauvres*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Recherches politiques, 336p.

Renard D., (1992), « Une vieillesse républicaine ? L'Etat et la protection sociale de la vieillesse de l'assistance aux assurances sociales, 1880-1914 », *Sociétés contemporaines*, n°10, pp. 9-22.

Schneider-Bunner C. (1998), « Justice globale et/ou justice locale : des fondements pour les politiques ciblées en santé », In *Mehaut P. et P. Mosse, Les politiques sociales catégorielles. Tome 1*, Paris, l'Harmattan, pp. 96-113.

Publics et organismes administratifs

Angèle M., Chadelat J.F. et R. Verniolle, (2011), « La pré-instruction des demandes CMU C par les CAF dans le cadre de la mise en place du RSA », *Regards. La gestion du risque*, n°39, janvier, pp. 153-159.

Caizzi A., Quinoga S. et J.F. Riondel, (1997) « Une enquête sur les usagers des CAF dits « à faible niveau d'autonomie administrative » », *Recherches et Prévisions*, n°50-51, décembre.

Catrice-Lorey A., (1963), *Les organismes de Sécurité sociale dans leurs rapports avec les assurés*, Rapport pour l'Institut des sciences sociales du travail, Université Paris 1, 70p.

Catrice-Lorey A., (1973), *Rapports avec le public et politique de gestion des Caisses d'allocations familiales*, Rapport pour l'Institut des sciences sociales du travail et la CNAF, Paris.

Catrice-Lorey A., (1976), « Inégalités d'accès aux systèmes de protection sociale et pauvreté culturelle », *Revue française des affaires sociales*, vol. 30, n° 4, pp. 127-137.

Catrice-Lorey A., (1982), *Dynamique interne de la sécurité sociale*, Paris, Economica, 351p., (deuxième édition).

Chevallier J., (1986), *Science administrative*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Thémis droit, 607p.

Chevallier J., (1993), « L'administration face au public », *In CURAPP, La communication administration-administrés*, Paris, Presses universitaires de France, p. 21-76.

Cortinas J., Divert N. et S. Leduc, (2011), *L'aide apportée par les hôpitaux publics pour la constitution des demandes de CMU C*, rapport pour le Fonds CMU, Université d'Auvergne, 21p.

Dubois V., (1999b), « Quand les usagers changent le service public. Les relations de guichet et la fonction sociale des Caisses d'allocations familiales », *Lien social et politique*, janvier, pp. 67-74.

Dubois V., (2003), *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, coll. « Etudes politiques », 208p. (2ème édition revue).

Folliet A., (2011), « La relation de service aux allocataires et les technologies de l'information. Une évolution conjuguée de longue date », *Regards. L'informatique au service de la Sécurité sociale*, n°40, juillet, pp. 20-25.

Outin J.L., (1979), *Familles et Droits sociaux – Les modalités d'accès aux prestations familiales*, Paris, Rapport pour la CNAF.

Outin J.L. et N. Bardaille, (1992), *Les allocataires et leur Caisse d'allocations familiales. L'accès aux prestations à l'épreuve des inégalités*, Paris, Rapport pour la CNAF, mars, 146p.

Roquigny J., Reynaud J.D. et A. Catrice-Lorey, (1960), « Les assurés et la Sécurité sociale. Etudes sur les assurés du régime général », *Revue française de sociologie*, 1-2, p.243.

Siblot Y., (2003), « Les relations de guichet : interactions de classes et classements sociaux », *Lien social et politiques*, n°49, pp. 183-190.

Siblot Y., (2006), *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Les Presses de Sciences Po, coll. Sociétés en mouvement, 347p.

Strohl H., (1988), « Les exclus et les organismes sociaux », *Revue française d'administration publique*, n°45, janvier mars, pp. 39-49.

Weller J.M., (1999), *L'Etat au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer.

Weller J.M., (2010), « Comment les agents se soucient-ils des usagers? », *Informations sociales. Les services publics face à leurs usagers*, n°158, février, pp. 12-18.

Nouveau management public, modernisation administrative et organismes de Sécurité sociale

Arcega G. et G. Arzel, (2009), « Les rapprochements des organismes dans l'Assurance maladie : entre volontarisme et pragmatisme », *Regards. Les évolutions de la protection sociale*, EN3S, n°36, juillet.

Bartoli A. et H. Chomienne, (2011), « Le développement du management dans les services publics : évolution ou révolution ? », *Informations sociales. Le management du social*, n°167, septembre/octobre, pp. 24-35.

Bauer M., (1996), « Les compétences des agents de direction des organismes de Sécurité sociale. Horizon 2000 – 2005 », *Regards*, EN3S, n°11, octobre.

Bauer M., (2010), *Quelle ressource dirigeante pour le régime général de Sécurité sociale demain ?*, Rapport pour l'Union nationale des caisses de Sécurité sociale (UNCASS), mai, 131p.

Bertaux-Wiame I., Descolonges M., Divert N., Leduc S., D. Linhart (coord.) et N. Mauchamp, (2006), *Les différents visages de la modernisation du service public*, Paris, rapport pour la DGAFF, ministère de la Fonction publique, La Documentation française, coll. Perspectives, 225p.

Buisson M.L., (2011), « Impacts de l'introduction de la logique de rémunération au mérite dans les organismes de Sécurité sociale », *Informations sociales. Le management du social*, n°167, septembre octobre, pp. 82-90.

Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), (1999), « Gestion des dirigeants », Etude pour le Comité de programme de la concertation, Paris, CNAF, octobre.

Cargnello-Charles E. et J. Jaussaud, (2011), « Choix des mutualisations d'activités des Organismes d'Assurance maladie – Application à la région Midi-Pyrénées », *Management et avenir*, n°47, septembre.

Carmille R., (1936), *La Mécanographie dans les administrations*, Paris, Recueil Sirey.

Chauvière M., (2012), « L'obligation de résultats contre les innovations sociales et l'expérimentation ? », *Informations sociales. Innovations et expérimentations sociales*, n°174, novembre décembre, pp. 95-104.

Dauphin S., (2012), « Expérimenter, innover : d'où ça vient ? Comment cela fonctionne ? », *Informations sociales, Innovations et expérimentations sociales*, n° 174, novembre décembre, pp. 8-11.

Dervillers O., (2011), « La responsabilité des ordonnateurs et des comptables dans les caisses de Sécurité sociale : un modèle pour les hôpitaux ? » In *Pellet R.(dir), Finances publiques et Santé*, Dalloz, coll. Thèmes commentaires Actes, 100p.

Emile P., (2011), « Quelle approche de gestion du risque en interbranche à la Sécurité sociale ? », *Regards. La gestion du risque*, n°39, janvier, pp. 69-75.

Gadrey J., (1992), *L'économie des services*, Paris, La Découverte, 124p.

Gros-Chauvin N., (2005), « Innovation et projet en travail social. Le rôle du cadre de proximité dans un service social CRAM », Mémoire pour l'obtention du DSTS, Université de Bourgogne, 2005.

Haurie J.L., (2012), « Les expérimentations : quelle place pour la branche Famille ? Entretiens croisés avec Hirsch M., Rozan A. et J.L. Haurie. Entretiens réalisés par Chauffaut D. », *Informations sociales, Innovations et expérimentations sociales*, n° 174, juin, pp. 106-113.

Henrion A. et L. Lenière, « Les systèmes d'information de la Sécurité sociale : stratégie, efficacité, investissement », *Regards. L'informatique au service de la Sécurité sociale*, n°40, juillet, pp. 72-87.

Hupe P. et M. Hill, (2007), "Street-level Bureaucracy and Public Accountability", *Public Administration*, vol. 85, issue 2, pp. 279-299.

Lucas M., (1992), « Le CNESSS et la qualité du management institutionnel », *Regards*, n°spécial 30^{ème} anniversaire, septembre.

Marrel G., (2000), *Dirigeants et management public. Revue de littérature en sociologie et science politique*, Rapport pour la CNAF, mars, 77p.

Oberdorff H., (1991), « L'émergence d'un droit de comprendre l'administration et le droit », *Etudes et documents*, Conseil d'Etat, rapport public, n°43, pp. 217-233.

Rozan A., (2012), « Les expérimentations : quelle place pour la branche Famille ? Entretiens croisés avec M. Hirsch, A. Rozan et J.L. Haurie. Entretiens réalisés par Chauffaut D. », *Informations sociales, Innovations et expérimentations sociales*, n° 174, juin, pp. 106-113.

Salengro B., (2011), « La révolution industrielle du traitement de l'information à la CNAMTS », *Regards. L'informatique au service de la Sécurité sociale*, n°40, juillet, pp. 10-19.

Non-recours et accès aux droits sociaux

Afsa C., (1996), « Accès aux droits, non-recours aux prestations, complexité », *Recherches et Prévisions*, n°43, mars.

André-Poyaud I., Chauveaud C., Revil H et P. Warin, (2011), « Une action d'information pour accéder à la CMU C ou à l'ACS », Working-paper, ODENORE, n°8, mai.

Atkinson A.B., (1984), "Take up of Social Security Benefits", Discussion Paper n°65, International Centre for Economics and Related Disciplines, London, May, 28p.

Austin P.L. et P.M. Horan, (1974), "The Social Bases of Welfare Stigma", *Social problems*, vol. 21, n°5.

Berrat B. et V. Paul, (2006), « Comprendre les causes du non-recours à la Couverture maladie universelle et à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé », Paris, Rapport de recherche pour le Fonds CMU.

Berrat B., (2008), « Le non-recours à la CMU complémentaire : enquête au sein de foyers et de résidences sociales en Ile-de-France », *Vie sociale. Ceux qui ne demandent rien : le non-recours aux droits sociaux*, IRTS, n°1, pp. 43-54.

Blundell R.W., Fry V. et I. Walker, (1988), "Modelling the Take-up of Means-Tested Benefits : The Case of Housing Benefit in U.K.", *The economic Journal*, vol. 98.

Borgetto M., Chauvière M., Frotiée B. et D. Renard, (2004), *Les débats sur l'accès aux droits sociaux entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative*, Dossier d'études n°60, CNAF/CERSA.

Borgetto M., (2004), « Les enjeux actuels de l'accès aux droits. Sens, portée, impact des politiques d'insertion », *Information sociales. L'accès aux droits*, n°120, décembre, pp.6-19.

Borgetto M., (2008), « L'accès aux droits sociaux : quelle effectivité ? », In *ONPES Séminaire droit et pauvreté*, contributions issues du séminaire ONPES-DREES-MIRE organisé en 2007.

Chauveaud C. et P. Warin, (2009), *Expliquer la CMU C et l'ACS aux populations potentiellement bénéficiaires*, rapport final pour le Haut commissariat aux solidarités actives (HCSA), étude n°32, novembre, 57p.

Chauveaud C., Rode A. et P. Warin, (2010), « Le non recours aux soins des actifs précaires », ODENORE, *Working-paper*, n° 2, juin.

Coe R., (1983), « Participation in the Food Stamps Program Among the Poverty Population, 1976 », *Five Thousand American Families*, vol.VI, University of Michigan, Ann Arbor, Institute for Social research, pp. 249-272.

Corden A., (1987), *Disappointed Applicants. A Study of Unsuccessful Claims for Family Income Supplement*, Avebury, Aldershot.

Delpuech T., Dumoulin L., Dutercq Y., Griette O., Normand R. et P. Warin (dir), (2002), *Le non recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*, Grenoble, CERAT-IEP Grenoble, septembre, 245p.

Desprès C., (2008), « Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale », *Vie sociale. Ceux qui ne demandent rien : Le non recours aux droits sociaux*, n°1, pp. 21-36.

Desprès C., Guthmuller S., Jusot F., Renaud T. et J. Wittwer, (2010), *Le recours à l'Aide complémentaire santé à Lille. Résultats d'une expérimentation sociale*, Rapport de recherche pour le Haut commissariat aux solidarités actives (HCSA).

Djouldem M., (2011), « Le non-recours aux services sociaux », Communication au congrès international des associations francophones de science politique, avril, Bruxelles.

Dufour-Kippelen S., Legal A. et J. Wittwer, (2006), « Comprendre les causes du non-recours à la CMU C », Rapport de recherche pour le Fonds CMU.

Flynn P., (1991), "Coping with Cutbacks and Managing Retrenchment in Health", *Journal of Social Policy*, vol. 20, n°2, pp. 215-236.

Graham J., (1984), *Take up of FIS: Knowledge, Attitudes, Experience, Claimants and Non-claimants*, Social Research Division, Policy, Planning and Research Unit, Departement of Finance and Personnel, Stormont, Ireland.

Hamel M.P. et A. Math, (2003), *L'émergence du non-recours aux services publics comme problème politique et administratif en France*, Document de travail, réseau EXNOTA.

Hamel M.P., (2003), "Studying Non-Take-Up in the United Kingdom and the United States of America: A Literature Review", Working-paper, EXNOTA Network.

Hamel M.P., (2009), *Les politiques d'accès aux droits sociaux : entre rationalisation budgétaire et lutte contre la pauvreté. Une comparaison France, Grande-Bretagne, Royaume Uni*, Thèse de doctorat de Science politique, Sciences Po Paris.

Hamel M.P., (2012), « Fraude, indus, non-recours : comment faciliter le juste paiement des prestations sociales ? », Paris, Centre d'analyse stratégique, Note d'analyse 306, novembre.

Hamel M.P., (2013), « Favoriser le paiement à bon droit », *Informations sociales. Gérer les droits sociaux*, n°178, juillet août, pp. 86-96.

Handler J.F. et E.J. Hollingsworth, (1969), « *Stigma, Privacy and other Attitudes of Welfare Recipients* », *Stanford Law Review*, vol. 22.

Helfter C., (2013), « Contrepoint - Non-recours : les logiques des usagers », *Informations sociales. Gérer les droits sociaux*, n° 178, avril, p. 71.

Hernanz V., Malherbet F. et M. Pellizzari, (2004), « Take-up Welfare Benefits in OECD countries : A Review of the Evidence », Paris, *OCDE social employment and migration working papers*, <http://www.oecd.org/els/soc/30901173.pdf>

Kerr S.A., (1982), « Deciding about Supplementary Pensions : A Provisional Model », *Journal of Social Policy*, 11 (4), pp. 505-517.

Kesteman N., (2004), « Lutter contre le non-recours aux droits sociaux. Dans la branche Famille du régime général de la Sécurité sociale », *Information sociales. L'accès aux droits*, n°120, décembre, pp. 78-87.

Leduc S., (2008), « Le non recours et les logiques discriminatoires dans l'accès aux soins. Le rôle des agents de l'Assurance maladie en question », *Vie sociale. Ceux qui ne demandent rien : le non-recours aux droits sociaux*, IRTS, n°1, pp. 69-93.

Legal A., (2008), « Le non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C). Résultats exploratoires et difficultés méthodologiques », Document de travail, Université Paris Dauphine, LEGOS, 15p.

Maclaughlin E., Ritchie J. et R. Walker, (1990), « The Claiming of Social Security Benefits », paper presented to IRISS Conference 1990, CP 673, SPRU, University of York, York, 24 p.

Math A., (1996), « Le non-recours en France : un vrai problème, un intérêt limité », *Recherches et Prévisions*, n° 43, pp. 23-31.

Math A., (2003a), « Comment est abordée la question du non-recours aux prestations sociales en France ? L'émergence de la question et la position des décideurs politiques », *Rencontre Etudes et Recherches*, 20 juin.

Math A., (2003b), « Les méthodes utilisées pour mesurer le non-recours aux prestations sociales en France », Document de travail pour EXNOTA, IRES, 14p.

Math A., (2004), « L'évolution des politiques publiques d'aides aux familles en Europe Occidentale depuis le début des années 1990 », vol.04-02, Document de travail, IRES.

Math A. et W. Van Oorschot, (1996), « La question du non-recours aux prestations sociales », *Recherches et Prévisions*, n° 43, pp. 5-17.

Maurel E., (2012), « Le non-recours aux prestations sociales », *Revue de droit sanitaire et social*, éd. Dalloz, n°4, juillet août.

Millar J. et K. Cooke, (1984), *A Study of the Take up of one parent benefit in Hackney*, Department of Health and Social Security.

Moffit R., (1983), “An Economic Model of Welfare Stigma”, *American Economic Review*, vol.73, n°5.

Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), (2003), « Données d'enquête et mesure du non-recours aux prestations sociales », Note méthodologique 1.

ODENORE, (2004a), « Droits non ouverts et retards aux soins. Exploitation des données du centre grenoblois de Médecins du Monde », Etude n°3, juillet.

ODENORE, (2004b), « Non-recours aux prestations sociales. Etude statistique sur la base de données « allocataires » de la CAF de Grenoble », <http://odenore.msh-alpes.fr/en/content/non-take-social-benefits-statistical-study-beneficiaries-database-grenoble-caf> Etude n°6, septembre.

ODENORE, (2012), *L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non recours aux droits*, Paris, La Découverte, collection « cahiers libres », 180p.

Propper C., (1995), “The Disutility of Time Spent on the United-Kingdom National Health Service Waiting Lists”, *Journal of Human resources*, vol.30, pp. 677-700.

Reinstadler A., (1996), « Non-recours et quasi non-recours à des prestations sans conditions de ressources », *Recherches et Prévisions*, n°43, pp. 59-66.

Reinstadler A. (1999), *Analyse micro-économique du non-recours (non take-up) à l'Allocation parentale d'éducation*, Rapport final rédigé pour la CNAF, Thèse de doctorat en Sciences économiques de l'Université de Nancy, janvier, 416p.

Revil H., (2006), « Le non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire des allocataires du RMI en Isère : mesure et analyse », ODENORE, Grenoble, éd. dans Fonds CMU, *Troisième rapport d'évaluation de la loi CMU*, Paris, <http://odenore.msh-alpes.prd.fr>

Revil H., (2008a), « Identifier des populations en non-recours aux dispositifs de l'Assurance maladie : proposition de méthode », *Recherches et Prévisions*, n°93, pp 10-17.

Revil H., (2008b), « Le non-recours à la CMU C et à l'ACS », ODENORE, *Etudes et recherches*, n°25, octobre.

Revil H., (2009), « Le changement incrémental et « par le bas » d'un système de gestion des droits : le cas de la complémentaire santé gratuite ou aidée en France », *Pyramides*, n°17, vol.1, CERAP, pp. 141-160.

Revil H., (2010), « Le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée », Working-paper, ODENORE, n° 5, juin.

Revil H., (2012a), « Parcours d'un outil informatique de quantification et d'identification du non recours à la CMU : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la maîtrise du risque maladie », Working-paper vol.4., Association Française de Sociologie, RT6 Politiques sociales, Protection sociale, Solidarités.

Revil H., (2012b), « La CMU : où sont les profiteurs ? », In *ODENORE, L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non recours aux droits*, Paris, La Découverte, coll. « cahiers libres ».

Rode A., (2009), « L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins », *Lien Social et Politique*, n°61, printemps, pp. 149-158.

Rode A., (2010), *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de doctorat de science politique, Université Pierre Mendès France, Science Po Grenoble.

Roman D., (2008), « Les droits sociaux : des droits à part entière ? Eléments pour une réflexion sur la nature et la justiciabilité des droits sociaux », *Droit et pauvreté*, contributions issues du séminaire ONPES/ DRESS-MIRE de 2007, pp. 39-57.

Roman D., (2012), « Les enjeux juridiques du non-recours aux droits », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, juillet août., p.603.

Saillard Y., (2010), « Le non-recours à l'offre publique. Analyse des phénomènes et réponses institutionnelle? Un état de la question », In *Synthèse des 1ères Journées Scientifiques de l'ODENORE*, Grenoble.

Spicker P., (1986), "The Case for Supplementary Benefit", *Fiscal Studies*, vol.7(4), pp. 28-44.

Terracol A., (2001), « Coûts de perception et taux de non-recours aux prestations sous conditions de ressources », Document de travail, Université Paris 1 et CNRS, TEAM, octobre, 28p.

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

Van Oorschot W., (1996), « Les causes du non-recours. Des responsabilités largement partagées », *Recherches et Prévisions*, n° 43., pp. 33-49.

Van Oorschot W., (1998), "Failing Selectivity: On the Extent and Causes of Non-Take up Social Security Benefits", In *Andress H.J. (ed), Empirical poverty research in a comparative perspective*, Ashgate: Aldershot, pp.101-132.

Vial B., (2010), *Mesurer le non-recours : problème politique et question scientifique*, Sous la direction de S. Abrial et P. Warin (maître de stage), Grenoble, ODENORE, Etudes n°15, septembre, 59 p.

Warin P., (2003), « Mesure du non-recours aux prestations sociales, recherche d'indicateurs », *Recherches et Prévisions*, n°73, septembre, pp. 90-96.

Warin P., (2005), « Mesurer « le non-recours » aux soins. Connaissances en pointillés et questions politiques », communication au séminaire DIES/Fondation de l'avenir, *Promotion des usagers et « modernisation » des pratiques professionnelles de santé*, Ecole supérieure Montsouris, Paris, 20 et 21 mai 2005, 13p.

Warin P., (2007), *L'accès aux droits sociaux*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Politiques en plus, 168p.

Warin P., (2010), « Le non recours : définitions et typologies », Working-paper, ODENORE, n° 1, juin.

Warin P., (2011), « Le non-recours par désaccord. *Welfare stigma* et catégorie du non-recours », In Jaegger M. (dir), *Usagers ou Citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, coll. Santé social, pp. 117-136.

Warin P., (2013), « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non recours », in *Informations sociales. Gérer les droits sociaux*, n°178, juillet août, pp. 52-62.

Warlick J.L, (1981), "Participation a a measure of program success", *Institute for Research on Poverty*, FOCUS, vol. 5(1), summer, pp. 12-16.

Sociologie des organisations et de l'action organisée

Benson J.K., (1983), « Les organisations. Un point de vue dialectique », In Séguin F. et J.F. Chanlat (dirs), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique. Tome I : Les théories de l'organisation*, Montréal, éd. Gaëtan Morin, pp. 412-441, (traduit de Benson J.K., (1977), « Organizations : a Dialectical View », *Administrative Science Quaterly*, vol. 22, n°1, pp. 1-21).

Bernoux P., (1985), *La sociologie des organisations*, Paris, éd. du Seuil.

Crozier M., (1964), *Le phénomène bureaucratique*, Paris, éd. du Seuil.

Crozier M., (1966), « Crise et renouveau dans l'administration française », In Crozier M. (dir), *L'administration face aux problèmes du changement*, Paris, éd. du Seuil.

Crozier M., (1983), « De la bureaucratie comme système d'organisation », In Séguin F. et J.F. Chanlat (dirs), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique. Tome I : Les théories de l'organisation*, Montréal, éd. Gaëtan Morin, pp. 175-190.

Crozier M. et E. Friedberg, (1987), « Le pouvoir comme fondement de l'action organisée », In Séguin F. et J.F. Chanlat (dirs), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique. Tome II : Les composantes de l'organisation*, Montréal, éd. Gaëtan Morin, pp. 377-396.

Crozier M. et E. Friedberg, (1992), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, éd. du Seuil, coll. Points Essais, (1^{ère} parution 1977).

Friedberg, E. (1993), *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, éd. du Seuil, 405p.

Grémion P., (1976), *Le pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*, Paris, éd. du Seuil, coll. Sociologie, 477p.

Lafaye C., (1996), *Sociologie des organisations*, Paris, Nathan, 128p.

March J.G. (ed), (1991), *Décision et Organisations*, Paris, Editions de l'Organisation.

Ménard C., (1995), *L'économie des organisations*, Paris, La Découverte, coll. Repères, n°86, 128p.

Mintzberg H., (1987), « Structure en 5 points: une synthèse de la recherche sur les formes organisationnelles », In *Séguin F. et J.F. Chanlat (dirs), L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique. Tome II : Les composantes de l'organisation*, Montréal, éd. Gaëtan Morin, pp. 213-242, (traduit de Mintzberg H., (1980), « Structure in 5's : a Synthesis of the research on organization design », *Management science*, 26(3), pp. 322-341).

Musselin C., (2010), « Approches organisationnelles », In *Boussaguet L., Jacquot S. et P. Ravinet (dirs), Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. Références, pp. 76-82, (deuxième édition revue et corrigée).

Paulange-Mirovic A., (2013), « Genèse d'une sociologie des organisations en France. L'importation des savoir-faire de la psychologie sociale américaine par Michel Crozier ». In *Kaluszynski M. et R. Payre (dirs), Savoirs de gouvernement. Circulations(s), traduction(s), réception(s)*, Economica, coll. Politiques comparées, pp. 86-101.

Simon H.A., (1957), *Administrativ Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrativ Organization*, New York, Macmillan.

Watzlawick P., (1980), *Le langage du changement*, Paris, Points, coll. Essais, (traduction de Wiener-Renucci J. et D. Bansard).

Weick K.E., (1969), *The social psychology of organizing*, Addison-Wesley Publishing.

Quantification et action publique

Aucante Y., (2000), « Expertises du social et usages statistiques. Les économistes suédois et la question du logement au début des années 1930 », *Histoire et Mesure*, vol. 15, n°1-2, Varia, pp. 113-153.

Bardet F. et F. Jany-Catrice, (2010), « Les politiques de quantification. Introduction au dossier », *Revue française de socio-économie*, n°5, éd. La Découverte, pp. 9-17.

Brousse C., (2005), « Définir et compter les sans-abri en Europe : enjeux et controverses », *Genèses. Quantifier*, n° 58, mars, pp. 48-71.

Castells M., (1998), *La société en réseaux, Tome 1 : L'ère de l'information*, Paris, Fayard.

Caveng R., (2012), « Intervention sociale, quantification et formes invisibles de la pauvreté », *Lettre d'information de la plate-forme sanitaire et sociale de Picardie*, n°17, octobre, p.2.

Desrosières A., (2005), « Décrire l'Etat ou explorer la société : les deux sources de la statistique publique », *Genèses. Quantifier*, n°58, p. 4-27.

Desrosières A., (2008), *Pour une sociologie historique de la quantification*, Presses des Mines, ParisTech.

Martin T. (ed), (2000), *Mathématiques et action politique*, Paris, Presses universitaires de France/Institut national d'études démographiques, 225p.

Ogien A., (2010), « La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue française de socio-économie. Les politiques de quantification*, La Découverte, 1^{er} semestre, pp. 19-40.

Socio-histoire, sociologie de l'action publique et analyse des politiques publiques

Baudot P.Y., (2011), « L'incertitude des instruments. L'informatique administrative et le changement dans l'action publique (années 1960-1970) », *Revue française de science politique*, vol. 61, n°1, février, p. 79-103.

Benamouzig D. (avec J. Besançon), (2008a), « Les agences : une nouvelle forme d'administration publique », In *Borraz O. et V. Guiraudon (eds), Politiques publiques 1. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po Académique – Domaine gouvernance.

Benamouzig D., (2008b), « Les agences sanitaires : entre réformes et technocratie », In *Les réorganisations administratives : Bilan et perspectives en France et en Europe*, [en ligne]. Paris, Institut de la gestion publique et du développement économique, (consulté le 13 août 2013). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/igpde/463>>.

Bezès P., (2004), « Rationalisation salariale dans l'administration française. Un instrument discret », In *Lascombes P. et P. Le Galès, Gouverner par les instruments*, Paris, Les Presses de Sciences Po, pp. 71-119.

Bezès P., (2009), « Les rationalités politiques dans la réforme de l'Etat : le cas de la Vè république », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°56, 4bis, pp.54-74.

Céfaï D., « La construction des problèmes publics », *Réseaux*, n° 75, pp. 43-66.

Chauvière M., (2005), « L'enracinement de la recherche au ministère des Affaires sociales », In *Philippe Bezès et al., L'État à l'épreuve des sciences sociales*, La Découverte, coll. Recherches, pp. 143-176.

Chevallier J., (1997), « Les agences : effets de mode ou révolution administrative ? », In *Etudes en l'honneur de Georges Dupuis*, LGDJ, 1997.

Dahl R., (1947), "The Science of Public Administration : three problems", *Public Administration Review*, vol.VII, hiver, pp. 1-11.

Delmas C., (2011), *Sociologie politique de l'expertise*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 128p.

Dreyfus F. et F. d'Arcy, (1997), *Les institutions politiques et administratives de la France*, Paris, Economica, 483p., (5^{ème} édition refondue et mise à jour).

Dubois V., (1999a) *La politique culturelle. Genèse d'une catégorie d'intervention publique*, Paris, Belin, coll. Socio-histoires, 381 p.

Dubois V., (2001), « Action publique et processus d'institutionnalisation : sociologie des politiques culturelle et linguistique et du traitement bureaucratique de la misère », mémoire pour l'Habilitation à diriger les recherches en sociologie, coord. R. Lenoir, Université Paris 1, 273 p.

Dubois V., (2009), "L'action publique", In *Cohen A., Lacroix B., Riutort P. (ed), Nouveau manuel de science politique*, La Découverte, coll. Grands repères manuels, septembre, pp. 311-325, manuscrit archivé sur Hal-SHS et consulté en août 2013, http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/49/80/38/PDF/L_action_publique.pdf

Dubois V., (2011), « Les champs de l'action publique », Working-paper, Institut d'études politiques de Strasbourg et Institut universitaire de France, archivé sur Hal-SHS et consulté en juillet 2013, http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/49/80/20/PDF/Dubois_Champ_version_finale.pdf

Duran P. (2010), *Penser l'action publique*, Paris, LGDJ/Lextenso éditions, coll. Droit et société. Classics, 250p., (1^{ère} éd. 1999).

Duran P. et B. Héroult, (1992), « L'administration à la découverte du politique : l'Équipement en décentralisation », *L'annuaire des collectivités locales*, vol. 12, n°12, pp. 5-25.

Eymeri-Douzans J.M. et J. Pierre, (2011), *Administrative reforms and democratic governance*, London, Routledge/ECPR Studies in European Political Science.

François B. et E. Neveu (dir), (1999), *Espaces publics mosaïques : Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Res Publica », 322p.

Genieys W. et P. Hassenteufel, (2001), « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une élite du Welfare », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 41-50.

Goffman E., (1968), *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Présentation de Castel R., Traduction française, Paris, Les éditions de minuit, 451p. (1^{ère} édition américaine 1961).

Gusfield J., (2009), *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, coll. Etudes sociologiques, 354p. (1^{ère} édition américaine en 1981).

Hassenteufel P., (2008a), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, coll. « U Sociologie », 294p.

Hassenteufel P., (2008b), « Régulation étatique de l'Assurance maladie et affirmation d'une élite programmatique », In *Borgetto M. et M. Chauvière, Qui gouverne le social ?*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 284p.

Jamous H., (1968), *Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Copédith.

Jobert B., (1995), *Le tournant néo-libéral en Europe*, Paris, l'Harmattan.

Knoepfel P., Larrue C. et F. Varone, (2006), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Zürich, éd. Verlag Rüegger, coll. Politikanalyse, vol. 2, 345p., (2^{ème} édition).

Lagroye J. et M. Offerlé (dirs), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 400p.

Lascoumes P. et P. Le Galès, (2004), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences po, coll. Gouvernances, 369p.

Lascoumes P. et P. Le Galès, (2007), *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, coll. « 128 », 128p., (2^{ème} édition).

Lascoumes P., (2010), « Normes », In *Boussaguet L., Jacquot S. et P. Ravinet (dirs), Dictionnaires des politiques publiques.*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. Références, pp. 391-397, (deuxième édition revue et corrigée).

Le Quéau P., (2003), « Enquête sur une catégorie », In *Le Quéau P. (coord.), La compréhension sociale du handicap*, CREDOC, Cahier de recherche n°182, janvier, pp. 7-15.

Lindblom C., (1959), "The science of muddling through", *Public administration review*, vol.19, n°2, printemps, pp. 79-83.

Lipsky M., (1980), *Street-Level Bureaucratie. Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York, 244p.

Moachon E. et J.M. Bonvin, (2012), « Instruments d'action publique et pratiques discrétionnaires : le cas des politiques d'insertion socio-professionnelle », Communication pour le Congrès de l'Association suisse de Science politique (ASSP), 2 et 3 février, Lucerne, 21p.

Monnier E., (1992), *Évaluation de l'action des Pouvoirs Publics*, Paris, Economica, novembre, (deuxième édition revue et augmentée).

North D.C., (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press.

Padioleau J.G., (1982), *L'Etat au concret*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Sociologies, 222p.

Palier B., (2008), « De l'ambiguïté en politique », In *Giraud O. et P. Warin (dirs), Politiques publiques et démocratie*, Paris, La Découverte/PACTE, coll. Recherches, pp. 93-107.

Payre R. et G. Pollet, (2013), *Socio-histoire de l'action publique*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 108p.

Rétière J.N., (1998), « Au service de l'Etat. L'administration des tabacs avant 1914 », In *Kaluszinski M. et S. Wahnich (dirs), L'Etat contre la politique ? Les expressions historiques de l'étatisation*, Paris, L'Harmattan, pp. 71-85.

Tissot S., (2007), *L'Etat et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique*, éd. du Seuil, coll. Liber, 288p.

Trépos J.Y., (1996), *La sociologie de l'expertise*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 128p.

Verdier E., (2008), « L'usage politique des idées floues : l'éducation et la formation tout au long de la vie », In *Giraud O. et P. Warin (dirs), Politiques publiques et démocratie*, Paris, La Découverte/PACTE, coll. Recherches, pp. 109-135.

Viet V., (1994), *Les voltigeurs de la République : l'inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS éditions, 630p.

Warin P., (2004), « La myopie des politiques publiques. L'exemple de la mesure de l'accès aux droits sociaux en Europe », In *Sedjari A. (dir), Administration, gouvernance et décision publique*, Paris/Rabat, L'Harmattan, pp. 347-370.

Rapports et documents institutionnels

Boulard J.C., (1998), *Pour une Couverture maladie universelle, base et complémentaire*, rapport remis au 1^{er} ministre en août 1998, La Documentation française.

Bussière M., (2007), *Améliorer l'accès à la CMU C et à l'ACS*, rapport de réalisation probante, Grenoble, CPAM.

Briet R. et B. Fragonard, (2007), *Mission bouclier sanitaire*, Rapport pour les ministères de la Santé, du Budget et le Haut commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté (HCSA), Paris, La Documentation française, 57p.

Chadelat J.F., (2003), *La répartition des interventions entre Assurance maladie obligatoire et Assurance maladie complémentaire en matière de dépenses de santé*, rapport pour la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Paris, La Documentation française, 33p.

Chadelat J.F., (2006), *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), novembre, 32 p.

CNAMTS, (2003), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

CNAMTS, (2004), *Projet de plan pour une politique de lutte contre les exclusions*, document interne.

CNAMTS, (2006), *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS pour la branche Maladie 2006-2009*, Paris, août, 62p.

CNAMTS, (2008), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

CNAMTS, (2010), *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS pour la période 2010-2013*, Paris, 116p.

CNAMTS, (2011), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

Direction générale de l'action sociale (DGAS), (2005), « Accès aux droits sociaux. Améliorer la qualité de l'accueil des personnes en difficulté », Guide méthodologique, 21p.

Flajolet A., (2008), « Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », Rapport pour le ministère de la Santé, Paris, avril, 91p.

Fonds CMU, (2002), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

Fonds CMU, (2003a), *Deuxième rapport d'évaluation de la loi CMU*, Paris, décembre, 111p.

Fonds CMU (2003b), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

Fonds CMU, (2004), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

Fonds CMU, (2005), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

Fonds CMU, (2006), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

Fonds CMU, (2007), *Troisième rapport d'évaluation de la loi CMU*, Paris, janvier, 85p.

Fonds CMU, (2009), *Quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU*, Paris, juillet, 132p.

Fonds CMU, (2010), *Rapport annuel d'activité*, Paris.

Fonds CMU, (2010), *Références CMU*, n°39, avril.

Fonds CMU, (2011), *Cinquième rapport d'évaluation de la loi CMU*, Paris, novembre, 313p.

Fonds CMU, (2012), *Références CMU*, n° 49, octobre.

Haut comité de la santé publique (HCSP), (1998a), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Avis et Rapports, Rennes, éd. ENSP.

HCSP, (1998b), *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités en santé*, rapport pour la Conférence nationale de santé de 1998.

Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), (2004), « Avis sur l'Assurance maladie et la prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs », avis adopté le 15 novembre.

HCAAM, (2005a), *La répartition de l'effort, l'évolution des restes à charge et l'équité du financement*, Rapport annuel, adopté le 8 juillet.

HCAAM, (2005b), « Avis sur la protection complémentaire. Note sur les couvertures complémentaires maladie », avis adopté le 24 février.

HCAAM, (2009), *Rapport annuel 2009*, adopté à l'unanimité le 24 septembre.

HCAAM, (2010), *Rapport annuel 2010*, adopté à l'unanimité le 25 novembre.

HCAAM, (2011), *Rapport annuel 2011. Mieux évaluer la dépense publique d'Assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité aux soins*, adopté le 15 décembre.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS), (2001), *Premier rapport d'évaluation de la loi CMU. Tome 1*, Paris, n°112, décembre, 230p.

Inspection générale des finances (IGF), (2012), *L'Etat et ses agences*, Rapport au premier ministre, Paris, La Documentation française, septembre, 74p.

Ministère du Budget (coll), (2011), « La problématique de la lutte contre la fraude et les croisements de fichiers », *Regards. L'informatique au service de la Sécurité sociale*, n°40, juillet, pp. 100-107.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), (2000), *Premier rapport annuel de l'ONPES*, Paris, La Documentation française.

ONPES, (2008), *Cinquième rapport de l'ONPES 2007-2008*, Paris, La Documentation française.

PNRLE, (2003), « Plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion », ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, [En ligne], <http://www.social.gouv.fr>, 10.

Seillier B., (2008), *La lutte contre la pauvreté : une responsabilité partagée*, Mission commune d'information sur la pauvreté et l'exclusion du Sénat, rapport n°445, La Documentation française, coll. Les rapports du Sénat, janvier.

Soubie R., (1993), *Santé 2010*, Rapport du groupe de travail « Prospective des systèmes de santé » du Commissariat au Plan, Paris, La Documentation française.

Vasselle A., (2008), *Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charges entre l'Assurance maladie, les complémentaires et les ménages*, Rapport d'information n°385, Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la Commission des Affaires sociales, Sénat, déposé le 11 juin.

Rapports associatifs

Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), (2006), *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé*, version 2006, 230p.

CISS (en collaboration avec la Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH) et l'Union nationale des associations familiales (UNAF)), (2011), « Enquête sur le rôle et l'avenir de l'Action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie », cahier n°1, novembre, 57p.

Médecins du monde (MDM), (2006), « *Je ne m'occupe pas de ces patients* ». *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France*, rapport MDM, octobre, 42p.

Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde (MDM), (2003), *Rapport 2003. De l'aide à l'analyse, le travail de recueil de données et d'observation par les acteurs de la Mission France*, MDM, septembre.

Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde (MDM), (2005), *Rapport 2005*, MDM, 182p.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES.

INTRODUCTION GENERALE. p.1

CHAPITRE 1.

LE FONDS CMU, UNE AGENCE DANS LE MONDE DE LA PROTECTION MALADIE. p.69

SECTION 1. UNE COMPOSITION ET UNE POSITION FAISANT DU FONDS CMU UN ACTEUR « PIVOT » DANS LE CHAMP DE LA PROTECTION MALADIE p.71

1.1 – Des dirigeants partagés entre "élite du *Welfare*" et acteurs de terrain des caisses p.72

1.11 - Des directeurs représentatifs de "l'élite du *Welfare*" p.73

1.12 - La direction adjointe, des connaisseurs des caisses de Sécurité sociale p.77

1.2 - Les organes de décision et de surveillance du Fonds, une place centrale pour l'Etat p.78

SECTION 2. DES MISSIONS DE FINANCEMENT, D'ANALYSE ET D'EVALUATION, CONSTITUTIVES D'UNE AGENCE MIXTE D'ETAT p.81

2.1 - Une mission de financement de la complémentaire gratuite et aidée p.82

2.11 - Des recettes en évolution permanente p.82

2.12 - Dépenses et contrôles des dépenses p.87

2.2 - Une mission d'analyse et d'évaluation qui le positionne en expert de la CMU p.92

2.21 – La concrétisation à retardement de la mission d'analyse et d'évaluation p.93

2.22 – Le Fonds CMU : catalyseur d'informations, diffuseur d'analyses et d'idées p.97

2.3 - Un acteur structurant dans la régulation de la CMU p.107

2.31 - Les agences, des acteurs hybrides p.108

2.32 - Le Fonds, une agence mixte au cœur de la protection maladie p.111

CONCLUSION DU CHAPITRE p.115

CHAPITRE 2.

UNE AGENCE A L'INITIATIVE DE LA PRODUCTION DE CONNAISSANCES SUR UN ANGLE MORT DE LA CMU. p.119

SECTION 1. LA CONVICTON D'UN ACTEUR POUR INTEGRER LE NON-RECOURS DANS L'ANALYSE DE LA CMU p.121

1.1 – Le non-recours, une question initialement peu éclairée dans l'analyse de la CMU p.122

1.11 - Une connaissance solide concernant les bénéficiaires p.122

1.12 – Quand les premières informations sur le non-recours induisent un désintérêt pour cette question p.124

1.2 – Un acteur porteur de la thématique du non-recours aux droits au sein du Fonds p.127

1.21 – Renforcer l'effectivité de la CMU et alerter sur la politique de transfert des charges vers l'Assurance maladie complémentaire (AMC) p.128

1.22 – Parcours professionnel et engagement militant pour expliquer la conviction d'un acteur p.131

1.23 – Un acteur convaincu qui doit convaincre p.136

SECTION 2. EMPORTER LA CONVICTON PAR L'ELABORATION D'UN FAISCEAU DE PRESOMPTIONS SUR LE NON-RECOURS p.139

2.1 - Convaincre par l'accumulation d'un faisceau de présomptions p.139

2.11 - Les présomptions quant à l'ampleur du non-recours p.140

2.12 - Des présomptions concernant les causes du non-recours p.144

2.13 – Des présomptions sur les conséquences du non-recours p.152

2.2 – Un intérêt croissant au sein du Fonds, mais des présomptions à consolider p.156

2.21 - La nécessité de renforcer la quantification du non-recours à la complémentaire p.156

2.22 - Un argument potentiel dans les débats sur la protection maladie des plus démunis p.158

CONCLUSION DU CHAPITRE p.161

CHAPITRE 3.**UN CONTEXTE POLITIQUE OPPORTUN.****LA REFORME DOUSTE-BLAZY DE L'ASSURANCE MALADIE.****p.165****SECTION 1. DES DEPENSES MALADIE A MAITRISER : LES PREMIERES MESURES****D'ACCROISSEMENT DE LA PARTICIPATION FINANCIERE DES PATIENTS****p.169****1.1 - Deux leviers pour maîtriser les dépenses de santé****p.171****1.11 - Agir sur la demande de soins****p.171****1.12 - Agir sur l'offre de soins****p.172****1.2 - L'augmentation de la participation financière des patients entre 1970 et 2003****p.174****1.21 - Du "ticket" "aux" tickets modérateurs****p.174****1.22 - La participation des assurés aux frais hospitaliers****p.176****1.23 - Les vagues de déremboursement des médicaments****p.177****1.3 - Des dépassements d'honoraires qui s'ajoutent aux Restes à charge (RAC)****p.180****1.4 - Des patients pleinement exposés à la participation financière en cas****d'absence de complémentaire****p.181****SECTION 2. LA REFORME DOUSTE-BLAZY OU L'AMPLIFICATION DES MECANISMES****DE PARTICIPATION FINANCIERE POUR GERER LE RISQUE MALADIE****p.185****2.1 - "Entre vieilles et nouvelles recettes"****p.187****2.11 - La mobilisation des mécanismes habituels****p.187****2.12 - Des mécanismes nouveaux : participations forfaitaires et franchises****p.188****2.2 - L'impact potentiel du parcours de soins sur les Restes à charge (RAC)****p.191****2.21 - Vers une organisation "intégrée" des soins****p.191****2.22 - Une évolution qui conditionne les remboursements des patients****p.192****2.3 - Le renforcement de l'accessibilité financière des plus démunis****pour limiter les inégalités en matière de santé****p.193****2.31 - Les effets inégalitaires des nouveaux mécanismes de participation financière****p.194****2.32 - L'accès à la complémentaire au cœur de la limitation des inégalités****en matière de santé****p.195****CONCLUSION DU CHAPITRE****p.200****CHAPITRE 4.****LE NON-RECOURS AUX DROITS : UN ARGUMENT AU CŒUR DES CONTROVERSES SUR LA****PROTECTION MALADIE DES POPULATIONS DEMUNIES****p.203****SECTION 1. L'AIDE A LA MUTUALISATION POUR LIMITER L'EFFET DE SEUIL****DE LA CMU-C. UN MECANISME DE PROTECTION DANS LA TOURMENTE.****p.207****1.1 - Des essais chaotiques en matière d'aide à la mutualisation avant 2004****p.207****1.11 - La mise en place par les CPAM de dispositifs locaux hétérogènes****p.208****1.12 - La tentative de convergence nationale****p.209****1.13 - L'échec des premiers dispositifs d'aide à la mutualisation****p.211****1.2 - Des alternatives pour améliorer la protection maladie des populations démunies****p.214****1.21 - Des "variantes" conservant le même principe d'action****p.214****1.22 - Le "bouclier sanitaire" où l'abandon potentiel de l'aide à la mutualisation****p.221****SECTION 2. LE NON-RECOURS AU CŒUR DE LA TOURMENTE DE L'AIDE A LA MUTUALISATION****p.225****2.1 - L'affirmation du principe de l'aide à la mutualisation, un choix controversé****p.226****2.11 - L'instauration du "crédit d'impôt" national en 2004****p.226****2.12 - Des tensions organisationnelles, aux débats politiques sur la restructuration de l'Assurance maladie****p.228****2.2 - Le non-recours : argument de la suppression du crédit d'impôt et/ou levier pour renforcer son effectivité****p.232****2.21 - Une mise en doute de l'efficacité et de la pertinence du crédit d'impôt****p.233****2.22 - Renforcer la logique des droits créances à la complémentaire par le levier du non-recours****p.236****CONCLUSION DU CHAPITRE****p.239**

CHAPITRE 5.**ENJEUX METHODOLOGIQUES ET STRATEGIQUES DE LA PRODUCTION DE CONNAISSANCES SUR LE NON-RECOURS.****p.243****SECTION 1. LE CHOIX DE TROIS ETUDES : DES CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES ET STRATEGIQUES**

	p.249
1.1 – Trois études, trois angles de vue pour observer le non-recours	p.249
1.11 - Observer le non-recours à partir de l'enquête Santé protection sociale (SPS)	p.250
1.12 - L'étude de l'Institut de recherche du travail social (IRTS)	p.251
1.13 – L'étude de l'ODENORE au sein d'une CPAM	p.253
1.2 – Un choix guidé par des enjeux scientifiques et méthodologiques	p.255
1.21 – Deux grandes directions méthodologiques pour mesurer et comprendre le non-recours	p.256
1.22 – Expérimenter l'outillage du non-recours à partir des bases de données de l'Assurance maladie	p.262
1.3 – Un choix stratégique pour placer le non-recours sous les yeux des acteurs de la protection maladie	p.266
1.31 - Le centrage sur le non-recours à la CMU-C	p.267
1.32 – La légitimité d'une enquête reconnue pour quantifier le non-recours	p.269
1.33 - L'expérimentation pour implanter le non-recours au cœur d'une CPAM	p.271

SECTION 2. DES JEUX D'ALLIANCE POUR ETUDIER LE NON-RECOURS A LA CMU-C**A PARTIR DES SYSTEMES D'INFORMATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE****p.275**

2.1 - Le rapprochement d'acteurs intéressés par le non-recours à la CMU-C	p.276
2.11 - La rencontre à la faveur d'un mouvement de relance du Plan de lutte contre les exclusions	p.276
2.12 - La présence d'un acteur de la CNAMTS intéressé par le non-recours	p.279
2.2 – L'émergence d'une alliance malgré des intérêts institutionnels spécifiques	p.283
2.21 - La CNAMTS : se saisir du non-recours sans fournir l'effort méthodologique initial	p.283
2.22 - L'ODENORE : l'accès à une ressource informationnelle pour observer le non-recours	p.287
2.23 – Un "marginal sécant" pour concrétiser l'alliance	p.289
2.3 – L'engagement en demi-teinte de la CPAM de Grenoble	p.295
2.31 - La CPAM de Grenoble, un style bureaucratique persistant	p.296
2.32 - Des dirigeants présentant un intérêt marqué pour la fraude	p.301

CONCLUSION DU CHAPITRE**p.311****CHAPITRE 6.****QUAND LE NON-RECOURS « SE DONNE A VOIR ». L'ELABORATION D'UN CADRE DE PERCEPTION DU RAPPORT DES RESSORTISSANTS A LEURS DROITS.****p.315****SECTION 1. QUANTIFICATIONS ET CARACTERISATION DU NON-RECOURS A LA CMU-C :****USAGES PAR LES ACTEURS DE LA PROTECTION MALADIE****p.319**

1.1 - Trois études, trois quantifications du non-recours	p.320
1.11 - Les taux estimés à partir de l'exploitation de l'Enquête SPS	p.321
1.12 - La quantification du non-recours à la CMU-C et à l'ACS au sein de l'étude de l'IRTS	p.322
1.13 - L'estimation de plusieurs taux de non-recours à partir des données d'une CPAM	p.324
1.2 - Valeur sociale des chiffres et usages des taux de non-recours	p.331
1.21 - Perception de la « non-captivité » des ressortissants potentiels de la CMU C et enjeux pour la CPAM	p.331
1.22 - L'usage des chiffres par le Fonds pour élaborer un argumentaire sur le rapport des ressortissants de la CMU-C à leurs droits	p.335
1.3 - Les prémices d'une caractérisation des non-recourants à la CMU-C	p.339
1.31 - Un non-recours qui touche davantage les hommes âgés et les personnes isolées	p.340
1.32 - Des situations contrastées concernant l'état de santé et les besoins de soins	p.342

SECTION 2. UN ENTREMELEMENT DES FACTEURS EXPLICATIFS DU NON-RECOURS : DES RESPONSABILITES PARTAGEES	p.345
2.1 – Ne pas pouvoir accéder à la CMU-C : les obstacles informationnels	p.346
2.11 - Quand la connaissance minimale est insuffisante pour accéder aux droits	p.347
2.12 - Problèmes informationnels et complexité administrative	p.354
2.13 - Travailleurs sociaux et "bouche à oreille", des vecteurs d'information privilégiés	p.356
2.2 – Ne pas, ou ne plus, vouloir demander la CMU-C	p.358
2.21 – Une frontière parfois étroite entre lassitude et négligence	p.359
2.22 - Non-recours à la CMU-C et stigmatisation	p.362
2.3 - Le non renouvellement de la CMU-C, une forme particulière de non-recours	p.366
2.4 - Un usage de la connaissance qualitative pour défendre la nécessité d'un traitement du non-recours	p.369
CONCLUSION DU CHAPITRE	p.373

CHAPITRE 7.

L'EXPERIMENTATION LOCALE SUR LE NON-RECOURS AU CROISEMENT DE MULTIPLES ENJEUX.

LE FLOU ET L'AMBIGUÏTE POUR AVANCER.

p.379

SECTION 1. UNE IDEE PIONNIERE RAPIDEMENT DEPASSEE

p.383

1.1 - Une idée à expérimenter plus solidement

p.385

 1.11 – Le non-recours primaire, un objet qui s'impose

p.385

 1.12 – "Transformer concrètement l'essai" du partage d'informations

p.387

1.2 - Déployer l'idée pionnière au delà du RMI et de la CMU-C

p.389

 1.21 – La prise en compte de l'ACS dans l'expérimentation locale

p.389

 1.22 – La volonté partagée d'étendre le projet à plusieurs minima sociaux

p.392

SECTION 2. L'EXPERIMENTATION AU CROISEMENT D'ENJEUX MULTIPLES.

p.397

2.1 - L'expérimentation, entre enjeux de connaissance et d'action

p.399

 2.11 - Enjeux partenarial et de connaissance du non-recours pour les scientifiques

p.400

 2.12 – Enjeux de performance et d'efficacité de la gestion des droits pour la CPAM

p.401

 2.13 – Un enjeu individuel pour la sous-directrice de la CPAM

p.409

2.2 – Des enjeux propres aux relais informationnels : la négociation de contreparties

p.412

 2.21 - Se rapprocher de la CPAM

p.413

 2.22 - L'identification des non-recourants, un levier potentiel d'action pour le Service social de la CARSAT

p.415

 2.23 - La CAF : un enjeu d'usage des systèmes d'informations pour une gestion des droits partagée et proactive

p.422

CONCLUSION DU CHAPITRE

p.429

CHAPITRE 8.

OUTILLAGE INFORMATIQUE, REPRESENTATIONS DU NON-RECOURS ET

HIERARCHISATION DES ENJEUX EXPERIMENTAUX

p.433

SECTION 1. INFORMATISER LE NON-RECOURS A LA COMPLEMENTAIRE

p.439

1.1 - Quand l'outillage redistribue le pouvoir

p.440

 1.11 – Des ressources pour organiser les rapports de pouvoir

p.441

 1.12 - Un pilote "officieux" au commandement

p.443

 1.13 - L'acteur scientifique comme "maître d'œuvre"

p.445

1.2 - Les techniciens des caisses : artisans de l'outil

p.451

 1.21 - Un positionnement et des compétences à l'épreuve du non-recours

p.451

 1.22 – La créativité pour construire une nouvelle "base ressources"

p.454

 1.23 – L'ingéniosité pour opérer les recoupements de données

p.457

SECTION 2. REPRESENTATIONS DU NON-RECOURS ET ENJEUX EXPERIMENTAUX	p.463
2.1 - Quand l'outillage construit une représentation particulière du non-recours	p.464
2.11 - Des choix dans l'outillage qui réduisent la réalité du non-recours	p.465
2.12 - Un représentation quantifiée du non-recours et individualisée des non-recourants	p.471
2.2 - Une double représentation qui centre l'expérimentation sur les enjeux d'action	p.478
2.21 - Des enjeux nationaux prenant le pas sur les enjeux locaux	p.479
2.22 - Des enjeux d'action prenant le pas sur les enjeux de connaissance du non-recours	p.481
CONCLUSION DU CHAPITRE	p.483

CHAPITRE 9.

L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE D'ACTION PAR LA BRANCHE MALADIE POUR TRAITER LA NON-CONNAISSANCE ET LA NON-RECEPTION DES DROITS

p.487

SECTION 1. LA GENERALISATION DE L'OUTIL DE DETECTION DU NON-RECOURS.

ENTRE USAGE IMMEDIAT ET « EFFET CLIQUET ».

p.491

1.1 - L'usage immédiat de l'outil pour informer les non-recourants à l'ACS

p.492

1.11 - Une stratégie d'intervention initialement centrée sur l'information

p.492

1.12 - La concrétisation du transfert de l'outil sous la pression de la DSS

p.496

1.2 - Un "effet cliquet" dans la détection des non-recourants à la CMU-C et à l'ACS

p.500

1.21 - L'outil, un "effet cliquet" pour aller de l'avant sur le non-recours

p.501

1.22 - Les non-recourants, une cible potentielle de l'Assurance maladie

pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins

p.503

SECTION 2. DE L'INFORMATION EN MASSE, A L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE :

UNE STRATEGIE D'ACTION QUI S'AFFINE.

p.507

2.1 - L'évaluation du publipostage : les limites d'une stratégie d'information en masse

p.508

2.11 - L'évaluation des campagnes publipostées par les acteurs nationaux

p.509

2.12 - Une évaluation approfondie par la CPAM des Alpes de Haute Provence

p.513

2.2 - Des explications du non-recours à la complémentaire qui se précisent

p.517

2.21 - Le non-recours, conséquence d'une somme d'incompréhensions

p.518

2.22 - De la non connaissance à la non réception des droits

p.520

2.3 - L'élaboration et le déploiement d'une stratégie d'explication

et d'accompagnement vers les droits

p.524

2.31 - Un cadre d'action pour réduire le non-recours et renforcer la gestion des droits CMU

p.524

2.32 - Des expérimentations locales pour tester les nouvelles modalités d'intervention

p.528

CONCLUSION DU CHAPITRE

p.533

CONCLUSION GENERALE

p.537

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE

p.567

TABLE DES MATIERES

p.591

ANNEXES

p.597

A N N E X E S

I - LISTE DES ENTRETIENS

II - LISTE DES ENCADRES

III - RECAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS CMU DEPUIS SA CREATION

**IV - CONVENTION DE COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE
L'EXPERIMENTATION LOCALE MENEES EN ISERE**

V - LETTRE-RESEAU : LR DDO – 80 – 2008

VI - LETTRE-RESEAU : LR DDO – 89 – 2009

ANNEXE I

LISTE DES ENTRETIENS

- Premier entretien avec M. Kassiotis, responsable du service CMU de la CPAM de Grenoble, octobre 2006.
- Second entretien avec M. Kassiotis, responsable du service CMU de la CPAM de Grenoble, mars 2007.
- Entretien avec J. Péresse, ancien directeur de la CPAM de Grenoble, janvier 2007.
- Entretien avec J. Peyrière, directeur de la CPAM de Grenoble, octobre 2007.
- Entretien avec B. Négroni, directeur adjoint du Fonds CMU, avril 2008.
- Entretien avec M. Bussière, Sous directrice de l'Assurance maladie, CPAM de Grenoble, avril 2008.
- Entretien avec S. Larnaud, Attaché de direction à la CPAM de Vienne, mai 2008.
- Entretien avec C. Bigot, directeur de l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), juin 2008.
- Entretien avec H. Saniel, directeur Études et informatique de la CAF de Grenoble, juillet 2008.
- Entretien avec R. Constant, responsable de la direction de l'Action sociale de la CNAMTS, juillet 2008.
- Entretien avec M. Dauchy, responsable du Service social de la CARSAT de Grenoble, septembre 2008.
- Entretien avec H. Goury, Chargée de mission ACS, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), octobre 2008
- Entretien avec C. Macquart,, responsable du Plan de lutte contre la précarité, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), octobre 2008.
- Entretien avec F. Valès, directrice de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), octobre 2008.

- Entretien avec J. Croizat, Responsable régionale du Service social de la CARSAT Rhône Alpes, octobre 2008.
- Entretien avec J.L. Nicolaï, responsable de la cellule précarité de la CPAM de Paris, avril 2009.
- Entretien avec B. Fragonard, ancien directeur de la CNAF et de la CNAMTS, président du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, avril 2009.
- Entretien avec D. Libault, Directeur de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, juin 2009.
- Entretien avec P. Warin, responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), octobre 2009.
- Entretien avec J. Amalric, chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la CNAMTS, ancien directeur de la Caisse primaire de Bourg en Bresse, novembre 2009.
- Entretien téléphonique avec D. Jafflin, ancienne responsable de la direction de l'Action sociale et cadre qualité à la CNAMTS, Février 2010.
- Entretien avec R. Verniolle, ancien agent de la direction de la Réglementation de la CNAMTS, directrice adjointe du Fonds CMU, juin 2010.
- Entretien avec I. Loury, directrice adjointe de la CPAM des Alpes de Haute Provence, octobre 2009.
- Entretien avec E. Julien, responsable du Pôle Gestion des clients et du service précarité de la CPAM de Digne-les-Bains, octobre 2009.
- Entretien avec P. Borg, Pôle promotion de la santé, CPAM de Digne-les-Bains.
- Entretien avec E. Teissier, responsable du Service CMU de la CPAM de Digne-les-Bains.

ANNEXE II LISTE DES ENCADRES

Encadré 1 : Présentation de la DREES	p.95
Encadré 2 : Présentation de l'IRDES	p.100
Encadré 3 : Présentation de l'enquête SPS dans sa version 2000	p.124
Encadré 4 : Le RMI et la CMU C, des droits connexes	p.140
Encadré 5 : Présentation de l'enquête Santé de l'INSEE	p.142
Encadré 6 : Le dispositif du tiers-payant en matière d'Assurance maladie	p.149
Encadré 7 : La carte vitale : un dispositif central pour l'Assurance maladie	p.150
Encadré 8 : la Couverture maladie généralisée (CMG)	p.160
Encadré 9 : Objectifs relatifs à la limitation des inégalités sociales de santé dans la loi de santé publique de 2004	p.199
Encadré 10 : Questions de l'enquête SPS (2004) relatives à la CMU C	p.259
Encadré 11 : La démarche ARIANE de la CNAMTS	p.284
Encadré 12 : Le calcul initial du non recours primaire	p.320
Encadré 13 : L'affiliation à un régime d'Assurance maladie	p.325
Encadré 14 : La Base de données opérantes (BDO) des CPAM	p.326
Encadré 15 : Le service CAFPRO	p.327
Encadré 16 : Calcul du non recours primaire des allocataires du RMI à la CMU C à partir des données des CPAM	p.328
Encadré 17 : Modèle dynamique de la perception d'une prestation	p.348
Encadré 18 : Le Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)	p.427
Encadré 19 : Variables fournies par la CAF à la CPAM pour les allocataires du RMI	p.455

Encadré 20 : Etapes de la préparation des fichiers par la CAF : l'exemple de l'AAH	p.457
Encadré 21 : Le NIR et ses usages	p.458
Encadré 22 La procédure de certification du NIR	p.460
Encadré 23 : Mesure des taux de non recours par l'outil élaboré en Isère	p.472
Encadré 24 : Le traitement des refus de soins par l'Assurance maladie	p.497
Encadré 25 : Précisions relatives aux enquêtes par questionnaires menées en Isère	p.518