Le non-recours
à la Couverture maladie universelle Complémentaire

Enquête auprès de populations précaires

Rapport d'étude – Novembre 2016

Financé par le Fonds CMU

Auteurs :
Catherine Chauveaud, chargée d'études à l'Odenore.
Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS,
Université Grenoble Alpes – Laboratoire PACTE/Odenore.

Les chercheurs de l'Odenore remercient le Fonds CMU de leur avoir permis de réaliser cette étude. Ces remerciements s'adressent également à l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme et à la Croix Rouge Française pour le soutien apporté à la réalisation des enquêtes.

Les acteurs des centres de formation continue ou d'insertion par le travail, mais aussi des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour qui ont permis la mise en œuvre concrète de l'étude sont aussi chaleureusement associés à ces remerciements. De même que toutes les personnes qui ont accepté le questionnaire et les entretiens.

Le comité de pilotage de l'étude associant des représentants du Fonds CMU, de l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme et de la Croix Rouge Française a aidé la préparation et la réalisation de l'étude. Nous lui sommes également reconnaissants.

Sommaire

Introduction : Objectif de l'étude **4**

1 Etat de la question 6
1.1 L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2012 de l'IRDES 6
1.2 Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) en 2014 7
1.3 Le baromètre du renoncement aux soins en Languedoc-Roussillon en 2015 7
1.4 Le diagnostic quantitatif du renoncement aux soins dans 18 CPAM en 2016 8

2 La population étudiée 10
2.1 Les publics des structures d'insertion par le travail et de la formation continue 10
2.2 Les publics des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour 12

3 L'enquête 13
3.1 L'enquête par questionnaire 13
3.1.1 Les modalités de réalisation 13
3.1.2 Les difficultés de l'enquête par questionnaire 17
3.1.3 La validité statistique de l'enquête par questionnaire 19
A Le choix des acteurs pour accéder à la population visée 19
B La valeur statistique de l'échantillon constitué 19
3.2 L'enquête par entretiens 21

4 Les résultats 22
4.1 Présentation des résultats quantitatifs 22
4.1.1 Distribution de l'échantillon par régions et structures/centres-accueils 22
4.1.2 Les profils des personnes sans complémentaire, éligibles à la CMU-C mais en non-recours 24
4.1.3 L'absence de complémentaire santé 28
4.1.4 Un recours à la CMU-C dans le passé 29
4.1.5 Un non-recours par non connaissance de la CMU-C 30
4.1.6 L'illettrisme joue sur le non-recours par non demande 31
4.1.7 Rencontrer parfois un travailleur social ne préserve pas nécessairement non-recours 32
4.1.8 Une population davantage exposée au renoncement/report de soins 34
4.2 Présentation des résultats qualitatifs - Analyse sur cas types 35
4.2.1 Profils des enquêtés 35
4.2.2 Une diversité d'explications du non-recours à la CMU-C 38
A Les raisons du non-recours par non connaissance 38
B Les raisons du non-recours par non demande 40
C Les raisons du non-recours par non réception 42

Conclusion : Synthèse des résultats **44**

Annexes 53

Introduction : Objectif de l'étude

Alors que le nombre de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C) continue de s'accroître (+ 3,5 % des effectifs entre décembre 2014 et décembre 2015)[1], le taux de non-recours en métropole est estimé entre 23 et 36 % en 2014[2]. Puisque 5,3 millions de personnes ont des droits ouverts la CMU-C en 2015, cela pourrait donc être le cas aussi pour 1,5 à 3 millions de personnes supplémentaires, notamment parmi les populations les plus précaires. Créée en 2000, cette complémentaire santé gratuite a pour ambition de jouer un rôle protecteur en permettant aux personnes disposant de faibles ressources d'accéder aux soins. En effet, les ménages dont les ressources sont inférieures à un certain plafond (au moment de l'enquête : 720 € par mois pour une personne seule, 1 100 € pour deux personnes, etc.) et qui résident en France depuis au moins trois mois y ont accès gratuitement. La CMU-C permet le remboursement du ticket modérateur auprès des professionnels de santé et à ses bénéficiaires de disposer du tiers payant. Cependant, avec un taux d'absence de complémentaire santé plus élevé pour les « chômeurs » (13,8 %) et les « autres inactifs » (14,1 %) que pour la moyenne générale (5 %)[3], la CMU-C peut gagner de nouveaux publics parmi ces catégories socioprofessionnelles et d'autres évidemment.

Ces observations statistiques expliquent **l'objectif d'examiner à nouveau les raisons du non-recours à la CMU-C** à la suite d'anciens travaux[4].

De nombreuses études attestent de la persistance du phénomène de non-recours à une complémentaire santé et de ses incidences sur l'accès aux soins. Pour autant elles n'éclairent pas spécifiquement les raisons du non-recours à la CMU-C en particulier. Elles ne permettent pas de savoir si les personnes sans complémentaire santé seraient éligibles à la CMU-C, ni a fortiori d'expliquer pourquoi les personnes sans complémentaire santé et éligibles à la CMU-C ne recourent pas à ce dispositif.

---

[1] Fonds CMU, *Références*, n° 63, avril 2016, p. 2.
[2] Fonds CMU, *Références*, n° 62, janvier 2016, p. 1. Pour l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) le taux de non-recours est estimé entre 57 et 70 %.
[3] DREES, La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties, édition 2016, col. « Panoramas de la DREES *Santé* », chapitre 10 « Les inégalités sociales de couverture complémentaire santé », pp. 52-54, [en ligne].
[4] En particulier concernant l'Odenore [en ligne] :
- Eric JULIEN, Iris LOURY, Eric TEISSIER (CPAM 04), Catherine CHAUVEAUD, Isabelle ANDRE-POYAUD, Héléna REVIL, Philipe WARIN, « Une action d'information pour accéder à la CMU-C ou à l'ACS. Résultats d'une étude menée dans les Alpes de Haute Provence », Odenore, *Etudes & Recherches*, n° 36, mars 2011.
- Catherine CHAUVEAUD, Philippe WARIN, « Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires des minima sociaux. Expliquer la CMU C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles », Odenore, *Etudes & Recherches*, n° 32, novembre 2009.
- Héléna REVIL, « Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide complémentaire santé (ACS) », *Etudes & Recherches*, n° 25, octobre 2008.

Les explications apportées sur l'absence de complémentaire en général ne donnent pas un aperçu suffisant des raisons particulières du non-recours à la CMU-C. Sans dire que ces explications ne peuvent pas se retrouver lorsque l'on examine spécifiquement le non-recours à la CMU-C, la présente étude cherche à préciser les raisons pour des populations socialement et économiquement précaires, et non pas – comme dans ces autres travaux – pour une population générale d'assurés sociaux.

1. Etat de la question

Ce qui suit rappelle les résultats de travaux récents. Tous s'appuient sur des enquêtes en direction d'assurés sociaux et concernent donc des populations repérées par leur statut d'ouvrants-droit à un régime de Sécurité sociale. Aucun n'est orienté comme ici sur des populations socialement et économiquement précaires. En même temps, elles portent sur l'absence de complémentaire santé et non spécifiquement sur l'absence de CMU-C chez les populations sans complémentaire pourtant éligibles à la CMU-C.

1.1. L'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2012 de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Les résultats 2012 de cette enquête reproduite régulièrement depuis 1988 auprès d'un échantillon d'assurés sociaux de 18 ans et plus affiliés au régime général indiquent que 94,4 % des répondants disposent d'une assurance maladie complémentaire (communément appelée « mutuelle »), mais en revanche que 11,1 % des ménages les plus modestes ne sont pas couverts par une complémentaire santé, contre 2,3 % des plus aisés[5].

Selon les niveaux de revenus la couverture n'est pas la même non plus. Ainsi, 46,9 % de la population aux revenus les plus élevés est couverte par une complémentaire maladie que les ménages financent eux-mêmes (dite individuelle) et 49,7 % par une assurance complémentaire dite collective. Les couvertures collectives sont prises en charge partiellement par l'employeur et sont le plus souvent à la fois de meilleure qualité et moins chères. Pour les plus modestes financièrement, la situation est très différente : 27,3 % d'entre eux sont couverts par la CMU-C, 45 % par une complémentaire individuelle et seulement 15 % par une complémentaire collective.

En même temps, l'absence de complémentaire santé limite l'accès aux soins, en particulier pour les plus modestes. Les résultats de l'ESPS 2012 montrent qu'une partie des personnes non couvertes par une complémentaire santé sont contraintes de renoncer à certains soins ou à avoir recours à des soins de moindre qualité, notamment en matière d'optique ou de soins dentaires (prothétiques et dans une moindre mesure conservateurs). Ceux qui ont une couverture limitée ont tendance à repousser les soins le plus tardivement possible, entraînant au final une aggravation des pathologies dont ils souffrent. Et 41,4 % des assurés au régime général qui n'ont pas de mutuelle renoncent

[5] IRDES, « Enquête sur la santé et la protection sociale – 2012 », *Les rapports de l'IRDES*, n° 556, juin 2014.

aux soins dentaires, 23,8 % à l'achat de lunettes, contre respectivement 16,2 et 8,8 % de ceux qui en possèdent une. Les conséquences sur la santé de l'absence de complémentaire pour des personnes pourtant éligibles à la CMU-C sont probablement plus importantes puisque « les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont plus élevées »[6].

1.2. Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) en 2014

Le BRSG a été créé en 2014 par l'Odenore à la demande et en lien avec la CPAM du département. Cet outil construit et mis en œuvre avec des acteurs locaux[7] montre à l'issue de 4 campagnes de repérage (à l'appui d'un questionnaire rempli par les professionnels de différents services auprès de toutes les personnes rencontrées) que 8,4 % des 4 616 répondants n'ont pas de complémentaire santé, avant tout pour des raisons financières : c'est le cas pour 6 % des enquêtés qui ont déclaré ne pas renoncer à des soins et pour 13,9 % de ceux qui ont déclaré renoncer à des soins[8]. Il s'avère aussi que les renonçants sont un peu moins souvent ouvrants ou ayants-droit à la CMU-C que les non renonçants (22,2 % *vs*. 24 %).

1.3. Le baromètre du renoncement aux soins en Languedoc-Roussillon en 2015

Le BRSG a été mis en œuvre à l'échelle des quatre autres départements de la région Languedoc-Roussillon, mais cette fois-ci au cours d'une seule campagne de repérage (la population enquêtée étant ici de 5 079 personnes[9]).

L'absence de complémentaire santé est la variable qui différencie le plus les renonçants des non renonçants. La part de personnes sans complémentaire santé est de deux à trois fois supérieure chez les premiers que chez les seconds. L'écart est d'ailleurs plus net parmi les assurés au RSI et à la MSA. Cela peut s'expliquer par des ressources qui peuvent fluctuer fortement d'une période à une autre, par la méconnaissance du droit à la CMU-C et à l'ACS, et/ou la volonté de se tenir en repli par rapport à ces prestations.

---

6 Noémie JESS, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », DREES, *Etudes & Résultats*, n° 0944, décembre 2015, [en ligne].

7 Ces acteurs partenaires du BRSG sont : la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), le Conseil départemental du Gard, le CHU de Nîmes, la Mutualité française, les Caisses régionales de la Mutualité sociale Agricole (MSA) et du Régime Social des Indépendants (RSI), la Caisse Régionale Sécurité Sociale Mines Sud-est (CARMI).

8 Odenore, « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard », *Etudes & Recherches*, n° 52, septembre 2014, [en ligne].

9 Odenore, « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole », *Etudes & Recherches*, n° 56, mars 2016, [en ligne].

Figure 1 : Complémentaire santé par régime d'assurance maladie et départements en Languedoc-Roussillon en 2016.

En %	Régime général					Niveau régional		
	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	Gard	Régime général	MSA	RSI
CS ss aides*	44,8	45,6	74,2	54,1	60,7	51,3	63,99	67,0
CMU-C	27,8	22,3	12,3	23,6	23,5	23,0	19,26	19,8
CS avec ACS	13,5	9,8	4,3	2,5	6,3	7,7	5,53	1,2
AME	0,1	3,5	0,5	0,2	0,2	1,1	-	0
Sans CS	13,7	19,1	8,8	19,6	8,4%	16,8	11,06	11,6

* personnes avec une complémentaire santé hors CMU-C ou ACS.

Source : Odenore, « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole, *Etudes & Recherches*, n° 56, mars 2016.

Que la population déclare ou non renoncer à des soins, le taux d'absence de complémentaire santé varie selon les départements et le régime d'assurance. Dans l'Aude et l'Hérault, la raison la plus citée par les assurés au régime général pour expliquer l'absence de complémentaire santé est qu'ils n'ont pas les moyens financiers pour en assumer le coût (A = 51,3 % ; H = 52,3 %). Cette raison est moins évoquée en Lozère (15,8 %) et dans les Pyrénées Orientales (4,1%). Dans ces deux départements, la raison principale concerne les démarches pour accéder à une complémentaire (L = 36,8 % ; PO = 29,9 %). Dans ces deux départements, les personnes ont également davantage déclaré avoir d'autres priorités financières (L = 15,8 % ; PO = 10,2 %).

Le fait de bénéficier d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire est évoqué dans tous les départements ; c'est plus particulièrement le cas en Lozère (21,1%). Cette raison apparaît aussi, mais dans une moindre mesure, dans les trois autres départements (H = 10,9% ; PO = 6,3 % ; A = 5,3%). On aperçoit ici les incompréhensions de certaines personnes par rapport à la prise en charge dont elles bénéficient par l'assurance maladie obligatoire. Beaucoup pensent en effet qu'étant couvertes à 100%, elles n'ont pas besoin de prendre une complémentaire santé. Comme nous le verrons plus loin, la présente étude permet également d'insister sur ce constat.

1.4. Le diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux du régime général dans 18 CPAM en 2016

Ce diagnostic en cours de réalisation par l'Odenore contribue également à caractériser les profils des personnes sans complémentaire santé. Mi juin 2016, sur les 29 202 répondants à l'enquête affiliés au régime général de l'Assurance maladie, 3 376 n'ont pas

de complémentaire santé, soit 11,6% ; que ces personnes, par ailleurs, déclarent ou non renoncer à des soins (objet de cette étude).

Figure 2 : L'absence de complémentaire santé à l'échelle de 18 CPAM en 2016.

Les raisons de l'absence de complémentaire santé (n = 3 376 répondants – réponses à choix multiples)

Raisons financières : 44,5 % (% des réponses)

- ➔ 36% ont déclaré ne pas avoir les moyens de payer une complémentaire.
- ➔ 8,5% ont dit avoir d'autres priorités financières.

Manque de compréhension : 24,4 %

- ➔ 7,8% ont déclaré manquer d'information sur les démarches à mettre en œuvre pour obtenir une complémentaire.
- ➔ 3,7% trouvent les démarches à effectuer pour obtenir une complémentaire trop compliquées.
- ➔ 5,8% ne savent quant à elles pas où elles en sont concernant leur couverture maladie en général.
- ➔ 6% expliquent que parce qu'ils sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie de base ils n'ont pas de complémentaire.
- ➔ 1,1% ne savent pas à quoi sert une complémentaire santé.

Inutilité : 5,9 %

- ➔ 4,6% pensent que ça ne leur servirait à rien d'avoir une complémentaire car ils ne sont jamais malades.
- ➔ 1,3% considèrent que, même avec une complémentaire, ils seraient mal remboursés, et préfèrent donc ne pas prendre de complémentaire.

Autres raisons : 21,7 %

- ➔ 9,3% expliquent ne pas avoir de complémentaire par négligence.
- ➔ 4,4% des répondants bénéficiaient d'une complémentaire d'entreprise mais n'en disposent désormais plus.
- ➔ 8% autres motifs :
- Arrivée récente en France ;
- Anciens bénéficiaires de la CMU C qui dépassent désormais le seuil pour quelques dizaines d'euros ;
- Personnes jeunes auparavant couvertes par le contrat des parents mais qui ne le sont désormais plus ;
- ...

En attente de complémentaire : 31,2 %

L'absence de complémentaire santé est contrastée selon les départements. Ainsi, la surreprésentation des personnes sans complémentaire parmi les renonçants est-elle plus marquée dans le Val d'Oise (33,5 % des renonçants n'ont pas de complémentaire contre 17,7 % des non-renonçants), dans les Bouches du Rhône (28,6 % *vs* 12,9 %), dans les Alpes-Maritimes (24,2 % *vs* 11,5 %) et en Moselle (23,2 % *vs* 10,9 %)[10].

[10] Héléna REVIL, en collaboration avec Annette CASAGRANDE, Catherine CHAUVEAUD, « diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux du régime général dans 18 CPAM », Odenore, étude pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, rapport intermédiaire n° 1, juin 2016.

2. La population étudiée

Pour comprendre les raisons du non-recours à la CMU-C, l'étude porte sur **une population sans complémentaire santé, éligible à la CMU-C mais qui n'y recourt pas**.

Aussi a-t-il été convenu avec le Fonds CMU de réaliser une enquête par questionnaire puis une enquête par entretiens auprès de populations présentant ces trois caractéristiques : absence de complémentaire santé, éligibilité estimée à la CMU-C, non-recours à la CMU-C. Partant comme dans la plupart des travaux d'étude ou de recherche sur le non-recours de « publics constitués », il a été décidé de prendre appui sur deux acteurs nationaux, partenaires du Fonds CMU ou de l'Odenore. Il s'agit de la Croix Rouge Française (CRF) et l'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme (ANLCI).

D'autres choix auraient été possibles. On peut ainsi rappeler l'enquête de 2007, soutenue par le Fonds CMU, qui a étudié les causes du non-recours à la CMU-C et à l'ACS à partir d'une enquête par questionnaire réalisée au sein de 29 lieux de résidence (foyers et résidences sociales) d'Île-de-France dont la fonction est d'accueillir une population en situation de précarité sociale et économique[11]. Cette enquête avait permis d'estimer pour cette population précaire à l'époque un taux de non-recours à la CMU-C de 23,7%. On peut également penser à d'autres structures, pour certaines dans le domaine de la santé comme les centres du Planning familial.

Dans la présente étude, les publics accessibles grâce à la CRF et l'ANLCI présentent également des indices de précarité. Ce sont les publics de centres de distribution alimentaire et d'accueils de jour de la CRF et de structures de formation continue ou d'insertion par le travail partenaires de l'ANLCI. Ce choix est justifié au vu de la population recherchée.

2.1. Les publics des structures d'insertion par le travail et de la formation continue

Ces structures accueillent des publics relativement variés, pour partie confrontés à un problème d'illettrisme. Selon l'ANLCI, « l'illettrisme qualifie la situation de personnes

[11] Brigitte BERRAT, Virginie PAUL, « Comprendre les causes de non-recours à la CMU Complémentaire et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé », Neuilly-sur-Marne, IRTS Île-de-France Montrouge, avril 2007, [en ligne].

plus de 16 ans qui, bien qu'ayant été scolarisées, ne parviennent pas à lire et à comprendre un texte portant sur des situations de leur vie quotidienne, et/ou ne parviennent pas à écrire pour transmettre des situations simples »[12]. La population en situation d'illettrisme représente 7 % de la population des 16-65 ans scolarisée en France, soit un peu plus de 2 millions de personnes aujourd'hui.

L'entrée par des structures partenaires de l'ANLCI présente plusieurs intérêts. Sans focaliser l'enquête sur l'illettrisme – ce n'est pas le but de cette étude demandée par le Fonds CMU – elle offre cependant la possibilité de vérifier l'impact de l'illettrisme sur le non-recours à la CMU-C. Cette hypothèse explicative n'est pas étudiée pour l'instant dans les travaux sur le non-recours. A la différence de ces structures, la plupart des acteurs (comme les centres de la CRF) ne sont pas outillés pour estimer si leurs publics sont en situation d'illettrisme. Surtout, de par la diversité des structures concernées, cette entrée est pertinente parce qu'elle permet de rencontrer des populations en situation de précarité potentiellement éligibles à la CMU-C :

Les structures d'insertion par le travail peuvent être de différentes sortes : centres d'adaptation à la vie active ; entreprises d'insertion ; associations intermédiaires ; régies de quartier ; entreprises de travail temporaire d'insertion ; groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification ; entreprises insérantes[13].

Ces différentes entreprises sociales d'insertion accueillent largement des publics en situation de précarité socioéconomique du fait de leur parcours (ou d'absence de parcours) dans l'emploi. Ces publics défavorisés sont plus exposés que d'autres au phénomène du non-recours aux droits et services. De fait, à leur entrée dans les structures les personnes peuvent être sans complémentaire santé notamment.

Avec les structures de formation professionnelle continue, la situation se présente différemment[14]. Ce milieu est plus divers. Le secteur de la formation professionnelle en France se caractérise par une multitude d'acteurs : organismes publics, parapublics, structures privées… et on dénombre près de 59 000 prestataires en 2011[15]. Les formations s'adressent à des salariés en reconversion professionnelle, aux demandeurs d'emploi, qu'il s'agisse des jeunes de 16 à 26 ans des Missions locales ou de personnes

[12] Cette définition est donnée par l'Agence sur son site internet : http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions

[13] Bernard EME, Laurent GARDIN, *Les entreprises sociales d'insertion par le travail en France*, Paris, Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie, European Reearch Network – EMES, [en ligne]. http://emes.net/content/uploads/publications/PERSE_WP_02-01_F.pdf

[14] Jean-Luc GUYOT, Christine MAINGUET, *La formation professionnelle continue*, Paris, De Boeck Supérieur, coll. « Economie, Société, Région », 2006.

[15] Annie DELORT, « Les prestataires de formation continue en 2011 », DARES, *Analyses*, n° 062, octobre 2013. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-062.pdf

de plus de 26 ans inscrites à Pôle emploi, aux bénéficiaires de minima sociaux, aux personnes bénéficiant d'un contrat unique d'insertion (CUI)… Lorsque les formations sont professionnalisantes, c'est-à-dire préparent à un métier spécifique et font l'objet d'une certification), le public est plus homogène du fait de la sélection à l'entrée que lorsqu'il s'agit d'une formation d'insertion qui vise l'acquisition de compétences utiles pour la recherche d'un emploi.

2.2. Les publics des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour de la Croix Rouge Française

Une enquête réalisée en 2015 dans les accueils « santé social » (AcSS) de la CRF indique que « 59 % des publics interrogés renoncent à des soins généralistes, contre 3 % dans la population générale, principalement pour des raisons financières. Ils sont 57 % à n'avoir aucune couverture médicale et 90 % à ne pas avoir de complémentaire santé. » Sachant qu'une large partie de ces publics est considérée comme invisible, que 80 % sont isolés socialement et 60 % sans emploi, la population qui fréquente les centres de la CRF (comme d'autres associations également, Secours Catholique, Secours Populaire Français…) paraît de facto exposée à un risque élevé de non-recours.

Par conséquent, grâce au partenariat du Fonds CMU avec la CRF, il est possible, en particulier à partir de centres de distribution alimentaire et d'accueils de jour qui touchent le public général de l'association, d'accéder à une population en situation de précarité sinon de pauvreté, non seulement monétaire[16] mais aussi en conditions de vie[17]. De toute évidence selon l'enquête de la CRF mentionnée ci-dessus, le risque de non-recours en général, et de non-recours à une complémentaire santé en particulier, notamment à la CMU-C, est élevé pour cette population. Dans la mesure où la population visée (population sans complémentaire santé, éligible à la CMU-C mais qui n'y recourt pas) n'est pas identifiable immédiatement, l'étude porte donc sur des publics dont on présume qu'ils correspondent au profil recherché pour une partie d'entre eux au moins. Les deux entrées, par les structures partenaires de l'ANLCI et par les centres et accueils de la CRF, ouvrent ainsi une possibilité d'atteindre la population recherchée.

[16] La pauvreté monétaire concerne un ménage dont le niveau de vie, c'est-à-dire le revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation, est inférieur au seuil de pauvreté. Celui-ci est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie.

[17] La pauvreté en conditions de vie indique l'absence, ou la difficulté, d'accès à des biens d'usage ordinaire ou à des consommations de base. À la différence de la pauvreté monétaire, elle est mesurée par un ensemble d'indicateurs concrets de privations dues à l'incapacité de couvrir les dépenses de type paiement du loyer, emprunt hypothécaire, factures d'eau/gaz/électricité, chauffage du logement, etc. Le taux de privation matérielle « sévère » correspond à l'incapacité à couvrir les dépenses liées à au moins quatre de ces éléments.

3. L'enquête

L'enquête a procédé en deux temps, par la réalisation d'abord d'un questionnaire puis d'entretiens téléphoniques. Pour chacune de ces deux étapes, une méthode a été arrêtée après échange avec le comité de pilotage de l'étude. Ce comité a réuni quand nécessaire des représentants du Fonds CMU, de l'ANLCI et de la CRF, ainsi que les deux chercheurs de l'Odenore impliqués dans cette étude.

3.1. L'enquête par questionnaire

Le choix de procéder dans un premier temps par questionnaire a été décidé du fait de la possibilité d'une diffusion locale de l'enquête grâce à la collaboration de la CRF et de l'ANLCI. Il a donné lieu à une préparation collective de façon à définir précisément les modalités de réalisation.

3.1.1. Les modalités de réalisation

Les modalités de réalisation de l'enquête par questionnaire sont les suivantes. Elles portent à la fois sur la construction du questionnaire et sur son administration.

Figure 3 : Modalités générales de l'enquête par questionnaire

Construction et administration du questionnaire	
Construction du questionnaire	➔ Questionnaire permettant dès son introduction d'estimer l'éligibilité des personnes à la CMU-C. Pour être rempli avec des personnes identifiées sans complémentaire et éligibles à la CMU-C, le questionnaire rappelle en tout début les trois conditions nécessaires pour être éligible à la CMU-C : absence de complémentaire santé, résidence en France depuis plus de 3 mois, ressources inférieures à un montant plafond simplifié (voir Annexe 1). ➔ Questionnaire précis mais bref de façon à faciliter son administration : 26 questions à choix multiples avec des questions subsidiaires (sous condition de réponse aux questions principales), organisées en rubriques successives : « Identification de la structure qui passe le questionnaire » (Q1 à Q4) ; « Complémentaire santé » (Q5 à Q12) où les questions portent sur l'absence de complémentaire ; « Renoncement/report de soins » (Q13 à Q16) ; « Profil de la personne interrogée » (Q17 à Q26) ; « Optionnel » où la demande est faite de prolonger le questionnaire par un entretien.
Administration du questionnaire	➔ Administration du questionnaire par un/des professionnels de chaque structure impliquée dans la passation du questionnaire. ➔ Accompagnement de l'administration du questionnaire par des contacts réguliers de l'Odenore avec les structures de formation ou d'insertion. Pour les centres de distribution alimentaire et accueils de jour, la CRF a proposé de les accompagner elle-même.

L'organisation générale de l'enquête par questionnaire a nécessité plusieurs étapes préparatoires :

- Prises de contact puis réunions avec l'ANLCI et la CRF pour garantir leur aide dans la réalisation de l'enquête.

- Présentation de l'étude par l'ANLCI (par lettre réseau à partir d'un texte proposé par l'Odenore) et par le CRF (par l'intermédiaire d'une chargée de mission interlocutrice désignée pour la réalisation de l'enquête) aux acteurs locaux de façon à trouver leur accord de principe.

- Explications complémentaires apportées par l'Odenore par téléphone en juin 2015 aux 40 structures de formation continue ou d'insertion par le travail qui avaient donné un accord de principe à l'ANLCI, après l'envoi d'un courriel détaillé sur l'objet et l'organisation de l'enquête, accompagné du projet de questionnaire. A cette étape de confirmation, 27 structures de formation continue ou d'insertion par le travail se sont engagées à poursuivre, alors que 13 se sont retirées sous différents motifs :
    - Des activités courantes difficiles à assumer.
    - Un manque d'effectif et de disponibilité.
    - Pas de publics au moment de l'enquête (ex : pas une période de formation).
    - Pas de personnes correspondant aux besoins de l'enquête. C'est notamment le cas lorsque les personnes sont orientées vers les structures de formation ou d'insertion par des services sociaux qui ont préalablement réalisé un bilan des droits et aidé à une ouverture de droit(s) en conséquence.
    - Confusion avec la campagne d'information sur la couverture complémentaire santé obligatoire proposée par les employeurs du secteur privé à tous les salariés n'en disposant pas, en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale. Tous les employeurs, y compris les associations, quelle que soit la taille de l'entreprise, sont concernés (seuls les particuliers employeurs sont exclus)[18].

A notre connaissance, aucun acteur préalablement sollicité par l'ANLCI et la CRF n'a refusé de participer à l'enquête pour des raisons liées au sujet de l'étude. Au contraire même, l'accueil a été très positif ; les acteurs percevant manifestement l'importance du

[18] L'enquête se déroule en effet au moment de la mise en œuvre, à compter du 1er janvier 2016, de cette obligation. Sur le contenu de cette nouvelle mesure : *Cf.* sur le site « Service public » : https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/actualites/007383 .

phénomène et ses conséquences pour les personnes comme pour la collectivité. Il est cependant possible que l'absence de soutien financier alors qu'un temps de travail est demandé ait pu dissuader certaines structures pourtant convaincues de l'importance de l'enquête.

De même la CRF a apporté ces éléments de connaissance sur l'enquête auprès des 15 centres locaux choisis, sans connaître de défections.

Outre chercher à confirmer l'implication des structures locales, cette étape avait aussi pour objectif d'estimer le nombre de questionnaires à adresser à chaque structure par voie postale. L'estimation, propre à chaque structure, est fondée sur l'effectif du public prévu lors de la période de réalisation de l'enquête, puis sur un « faisceau d'informations » concernant l'absence de complémentaire et l'éligibilité à la CMU-C d'une partie de leurs publics. Ces informations sont généralement obtenues de façon informelle, dans le cadre d'échanges directs avec les personnes, par le bouche à oreille entre intervenants… ou plus rarement de façon formelle dans le cadre d'un « diagnostic de situation » au moment de l'entrée dans un dispositif (structures de formation ou d'insertion) ou d'ateliers thématiques ou d'activités collectives (centres de distribution alimentaire et accueil de jour).

Les tableaux suivants indiquent pour chaque structure et centre/accueil qui a confirmé la possibilité de réaliser l'enquête, le nombre de questionnaires à leur adresser au vu de l'effectif estimé de personnes sans complémentaire, potentiellement éligibles à la CMU-C.

Figure 4 : Nombre de questionnaires demandés par les structures de formation et d'insertion par le travail

Structures de formation professionnelle et d'insertion par le travail	Enquête possible	Nombre questionnaires demandés
Structures de formation professionnelle		
Atelier de Formation de Base	Oui	3
INFREP Orne	Oui	15
ACSEA FORMATION	Oui	6
Association OXYGENE	Oui	5
Greta Oise Occidental	Oui	5
INFREP Cherbourg-Octeville	Oui	15
LE DROIT AU TRAVAIL	Oui	8
CONSEIL ET FORMATION	Oui	15
SARL KOCEA / EDUCALIS	Oui	8
ADFLP	Oui	10
OSE SAVOIR	Oui	5
IFRA Savoie	Oui	5
LEFOP	Oui	4
Le Valdocco ACIRPE	Oui	5
Novea	Oui	6
Régie de Quartier 124.Services	Oui	5

Entraide Ouvrière	Oui	10
Centre ressources illettrisme	Oui	20
Structures d'insertion par le travail		
SJT	Oui	20
Savoirs Pour Réussir Alsace	Oui	10
Savoirs pour réussir Alsace, antenne de Strasbourg	Oui	5
Association REUSSIR	Oui	15
CCFG (Communauté de communes Faucigny Glières)	Oui	6
Amies-Solid'Art Maurienne	Oui	10
CILDEA - Jardin d'Astrée	Oui	5
CRIA 45 - CPL	Oui	20
CCAS Orléans	Oui	15
		256

Figure 5 : Nombre de questionnaires demandés par les centres de distribution alimentaire et accueils de jour

Centres de distribution alimentaire ou accueils de jour	Nombre questionnaires demandés
Lille - Aide alimentaire	30
Roubaix - Aide alimentaire	30
Tourcoing - Aide alimentaire	30
Douai - Aide alimentaire	20
Orléans - Aide alimentaire	30
Annecy- Aide alimentaire / Accueil Santé Social	30
Multisites - Aide alimentaire / Accueil Santé Social	30
Tarare - Aide alimentaire	20
Villeurbanne - Aide alimentaire	20
Lagny et Meulun - Lieu d'Accueil de Jour	50
Nanterre et Paris 20 - Lieu d'Accueil Jeunes	30
Perpignan - Lieu d'Accueil de Jour	30
Paris 14 - Lieu d'Accueil de Jour	30
Nîmes - Lieu d'Accueil de Jour	30
Troyes et Epernay - Lieu d'Accueil de Jour	30
	440

Entretemps, le questionnaire a été bâti par l'Odenore, discuté avec le Fonds CMU, la CRF et l'ANLCI le 22 octobre 2015, modifié puis envoyé pour être testé aux acteurs locaux les 3 et 4 novembre 2015, avant d'être finalisé. A cette occasion une « Fiche d'identification » (Annexe 2) leur avait été adressée de façon à recueillir des informations sommaires sur la personne référente pour l'enquête (fonction, coordonnnées) et sur l'organisme (statut, ancienneté, nombre d'intervenants, type de territoire, public par tranches d'âges et flux annuel). Les remarques sur le questionnaire suite au test ont pu être prises en compte lors de nouveaux appels téléphoniques de l'Odenore aux 27 structures de formation professionnelle ou d'insertion par le travail, ou de nouveaux contacts de la CRF avec les 15 centres de distribution alimentaire et/ou accueils de jour retenus.

Lors du test, le questionnaire n'a pas posé de difficultés particulières de compréhension et de réalisation. Le passage des questions subsidiaires (sous condition de réponse aux questions principales) a été compris, néanmoins le questionnaire définitif a cherché à le

rendre davantage explicite et le courrier d'accompagnement (Annexe 3) en rappelle le principe. Le questionnaire définitif prend aussi en compte les deux remarques reçues suite aux tests : en précisant les réponses à la question 18 (de façon à savoir si les personnes se débrouillent pour les démarches administratives, seules ou avec l'aide d'un tiers) et en laissant en fin de questionnaire un espace pour des commentaires libres.

Ensuite, le questionnaire finalisé a été adressé par voie postale à l'ensemble des acteurs locaux, avec un courrier rappelant les principales consignes et une « enveloppe T » pour retourner les questionnaires remplis à l'Odenore. Les envois ont eu lieu les 25 et 27 novembre 2015 pour les structures de formation et d'insertion et peu de temps après pour les centres de la CRF.

Figure 6 : Questionnaires envoyés

696 questionnaires ont été adressés aux 42 structures ayant confirmé leur engagement

- ➔ 256 questionnaires aux 27 structures de formation professionnelle ou d'insertion par le travail. Le nombre de questionnaires postés varie entre 3 et 20 selon les structures, soit un peu plus de 9 questionnaires en moyenne par structure.
- ➔ 440 ont été postés aux 15 centres de distribution alimentaire et accueils de jour de la CRF. Les envois comportaient entre 20 et 50 questionnaires, soit près de 30 questionnaires en moyenne par centre.

La date de retour des questionnaires à l'Odenore a été fixée dans un premier temps au 18 décembre 2015. De façon à permettre un taux de retour suffisant ce délai a été reporté, avec l'accord du Comité de pilotage, au mois de février 2016. Dans l'intervalle, l'Odenore a effectué 3 relances téléphoniques auprès des structures retardataires, en demandant aux structures de formation et d'insertion de proposer le questionnaire à des personnes récemment arrivées (dans les deux mois maximum), à la condition qu'elles aient été alors sans complémentaire santé et éligibles à la CMU-C. Le CRF a également procédé à des relances auprès des centres engagés dans la réalisation de l'enquête. Ce report et ces relances sont significatifs des difficultés rencontrées.

3.1.2. Les difficultés de l'enquête par questionnaire

Au final, et malgré l'accompagnement des structures et des centres, le nombre total de questionnaires retournés et exploitables est de 181 (ce qui ne veut pas dire que dans les questionnaires exploitables des réponses ont été apportées à toutes les questions). Une vingtaine de questionnaires retournés à l'Odenore a été écartée à cause de réponses incohérentes ; ces questionnaires ne sont donc pas comptabilisés parmi les 181. Le

nombre de questionnaires reçus et exploitables porte ainsi le taux de réponse à 26% de l'ensemble des questionnaires adressés.

Figure 7 : Questionnaires reçus

181 questionnaires reçus et exploitables (26 % du total des questionnaires adressés)

- ➔ 98 questionnaires ont été reçus des 27 structures de formation professionnelle ou d'insertion par le travail partenaires de l'ANLCI (soit 38% de l'ensemble des 256 questionnaires qui leur ont été envoyés).
- ➔ 83 questionnaires ont été reçus des 15 centres de distribution alimentaire de la CRF (soit 19% de l'ensemble des 440 questionnaires qui leur ont été envoyés).

Ce taux de réponse est en dessous de la prévision établie avec chacun des acteurs locaux. La raison principale clairement perçue lors des relances auprès des structures de formation ou d'insertion est celle du manque d'effectif et de temps pour informer sur l'enquête puis pour accompagner le remplissage du questionnaire. Cela est vrai également pour les centres de distribution alimentaire de la CRF. Le fait que des questionnaires reçus n'aient pas pu être exploités confirme d'ailleurs que les structures n'ont pas eu forcément la possibilité d'accompagner toutes les personnes lors du remplissage (point vérifié avec les structures concernées et lors des entretiens téléphoniques).

Il est aussi possible que nos interlocuteurs directs dans les structures partenaires de l'ANLCI ou dans les centres de la CRF aient parfois rencontré des freins. Lors des échanges téléphoniques préparatoires, cette difficulté a été entraperçue en termes de réticence devant des demandes extérieures (crainte d'une surcharge) et/ou de protection des relations avec les publics (précaution vis-à-vis d'une enquête qui pourrait avoir un effet perturbateur).

Reste également que la plupart des structures ont surestimé le nombre de questionnaires qu'elles pouvaient faire passer. Cette surestimation relève cependant moins d'une appréciation initiale excessive du non-recours à la CMU-C dans leurs publics que de difficultés de disponibilité et de calendrier. Les structures de formation continue et d'insertion par le travail avaient estimé un taux de non-recours à la CMU-C de 5 à 10%, alors que les centres de distribution alimentaire l'avaient porté à 15 %.

Ces difficultés sont proches de celles rencontrées pour l'enquête citée plus haut réalisée sur le même sujet en 2007 par l'IRTS d'Île-de-France[19]. Ses deux auteures comptaient

[19] Brigitte BERRAT, Virginie PAUL, op. cit., 2007, pp. 26-28.

enquêter auprès de 400 à 500 personnes parmi les 6 000 vivant en foyers ou résidences sociales. Au final seulement 242 questionnaires avaient été recueillis.

Cette situation apparemment récurrente est – de notre point de vue – à considérer avec attention. Elle questionne sur la possibilité d'enquêter auprès de populations précaires même constituées en publics connus. Cette observation interroge sur l'intérêt d'impliquer plus en amont les populations dans les enquêtes. Cette approche dite « inclusive » a notamment pour avantage de trouver des relais efficaces dans la réalisation des enquêtes ; nous y reviendrons en fin de conclusion.

3.1.3. La validité statistique de l'enquête par questionnaire

Les explications apportées sur le nombre de questionnaires reçus plus faible que prévu sont, nous semble-t-il, justes et complètes. Pour autant elles ne nous paraissent pas suffisantes pour invalider les points essentiels de l'enquête par questionnaire.

A. Le choix des acteurs pour accéder à la population visée

Les entretiens préalables avec les responsables des structures d'insertion par le travail et de formation continue ont fait apparaître une inquiétude partagée sur la « vulnérabilité croissante » des publics accueillis. L'inquiétude concernant l'absence de complémentaire santé était plus manifeste encore du côté des structures qui interviennent dans des territoires relativement désertés par les services publics. Certaines zones géographiques que nous avions repérées par ailleurs (par exemple lors de travaux sur des espaces montagnards) comme propices à du non-recours aux droits et services, ressortent à nouveau. Les échanges/entretiens avec les acteurs précisent également que les personnes les plus vulnérables à l'absence de complémentaire santé sont les femmes seules (avec ou sans enfant) en formation et recherche d'emploi, aux faibles revenus et sans aides venant de proches.

B. Valeur statistique de l'échantillon constitué

Dans le cas présent « l'événement à contrôler » d'un point de vue statistique est la probabilité de recevoir des questionnaires correctement remplis auprès de personnes sans complémentaire estimées éligibles à la CMU-C. Du fait que le questionnaire est administré à des personnes sans complémentaire et éligibles à la CMU-C, a fortiori avec l'accompagnement d'un acteur dans les structures, la probabilité de réaliser l'événement est théoriquement maximale (100 %).

L'Odenore ne pouvant pas contrôler l'administration du questionnaire, la probabilité de réaliser l'évènement a été fixée a priori à 85 % à l'appui du conseil reçu d'une statisticienne (IE CNRS, membre de l'Odenore). L'enquête par entretiens montre a posteriori que cette prudence est bienvenue, puisque parmi les personnes enquêtées dans la seconde phase, quelques-unes ont précisé avoir rempli seules le questionnaire (4 personnes sur 23).

Au final, avec 181 questionnaires exploitables, l'échantillon constitué au travers de l'enquête par questionnaire est correct statistiquement puisque la taille de l'échantillon théorique minimal aurait dû être de 196 personnes.

Figure 8 : Calcul de la taille de l'échantillon

La taille d'un échantillon se calcule avec la formule suivante : $n = t^2 \times p \times (1-p / m^2)$.

n: Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé.
t: Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96).
p: Probabilité de réalisation de l'événement.
m: Marge d'erreur (généralement fixée à 5 %).

Ici, pour un événement ayant une probabilité de réalisation de 85%, en prenant un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, la taille d'échantillon devait être en théorie de : $n = 1{,}96^2 \times 0{,}85 \times (0{,}15 / 0{,}05^2) = 195{,}84$, soit 196 individus.

Par ailleurs, dans les études appelant comme ici une analyse multi-variée, la taille de l'échantillon dépend du nombre de variables à étudier. Plus l'effectif est réduit, plus le nombre de variables doit être limité. C'est le cas ici puisqu'une seule variable est à expliquer : le non-recours à la CMU-C alors que les répondants sont sans complémentaire santé et éligibles à la CMU-C. Partant de ce choix, le comité de pilotage a décidé de retenir un bloc de 8 questions afin de caractériser les raisons du non-recours ; les enquêtés étant appelés à répondre à chacune d'entre elles.

Figure 9 : Le bloc de questions sur la complémentaire santé

Q5 – Pourquoi n'avez-vous pas de complémentaire santé ? [Plusieurs réponses possibles]
Q6 – Depuis combien de temps n'avez-vous pas de complémentaire santé ?
Q7 – Savez ce qu'est la « CMU-C » (couverture maladie universelle complémentaire ?)
Q8 – [Si OUI à Q7 : « sait ce qu'est la CMU-C »] Pensez-vous pouvoir bénéficier de la CMU-C ?
Q9 – [Si OUI à Q7 : « sait ce qu'est la CMU-C »] Avez-vous déjà demandé la CMU-C ?
Q10 – [Si « OUI et obtenue » à Q9] Pourquoi ne l'avez-vous plus ? [Plusieurs réponses possibles]
Q11 – [Si NON à Q9 : « n'a pas demandé la CMU-C »] Pourquoi ne l'avez-vous pas demandée ? [Plusieurs réponses possibles]
Q12 – Dans le passé, avez-vous eu une complémentaire santé ou équivalent : laquelle ?

3.2. L'enquête par entretiens

La seconde phase de l'étude a été menée sous forme d'entretiens téléphoniques. Les répondants au questionnaire étant de différents départements, il n'était pas possible de réaliser ces entretiens selon les modalités du face-à-face.

L'objectif des entretiens est d'approfondir les explications de l'absence de complémentaire santé et de CMU-C en particulier. Partant des réponses apportées par les personnes notamment au bloc de questions « Complémentaire santé », il s'est agi de préciser les obstacles en distinguant ceux qui relèvent de « barrières » de ceux qui relèvent de « refus ». Le non-recours n'a pas la même signification sociale selon qu'il est « volontaire » ou « bien subi »[20].

En procédant de façon semi-directive, l'enquête a recherché l'enchaînement des raisons (analyse de causalités) du non-recours à la CMU-C pour identifier avec les personnes à quelle(s) forme(s) de non-recours les raisons apportées renvoient. Pour cela, la conduite des entretiens a été attentive à la typologie du non-recours développée par l'Odenore :

Figure 10 : Les formes du non-recours

La *non-connaissance*, lorsque la CMU-C n'est pas connue.
La *non-proposition*, lorsque le droit à la CMU-C n'est pas activé(proposé) malgré l'éligibilité de la personne, que celle-ci connaisse ou pas le dispositif.
La *non-réception*, lorsque la CMU-C est connue, demandée mais pas le droit pas ouvert.
La *non-demande*, quand la CMU-C est connue mais pas demandée.

En tout, 23 entretiens ont été réalisés lors d'échanges téléphoniques d'une durée moyenne de 35 minutes. Parmi les répondants au questionnaire, 53 personnes sur 181 avaient donné leur accord. Cependant pour 9 d'entre elles le numéro de téléphone indiqué en fin de questionnaire (rubrique « Optionnel ») était erroné, et pour 21 autres il n'a pas été possible de les joindre après quatre tentatives espacées dans le temps et à différents moments de la journée.

[20] Pour une présentation développée, par exemple, Philipe Warin, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, PUG, 2016, à paraître.

4. Les résultats

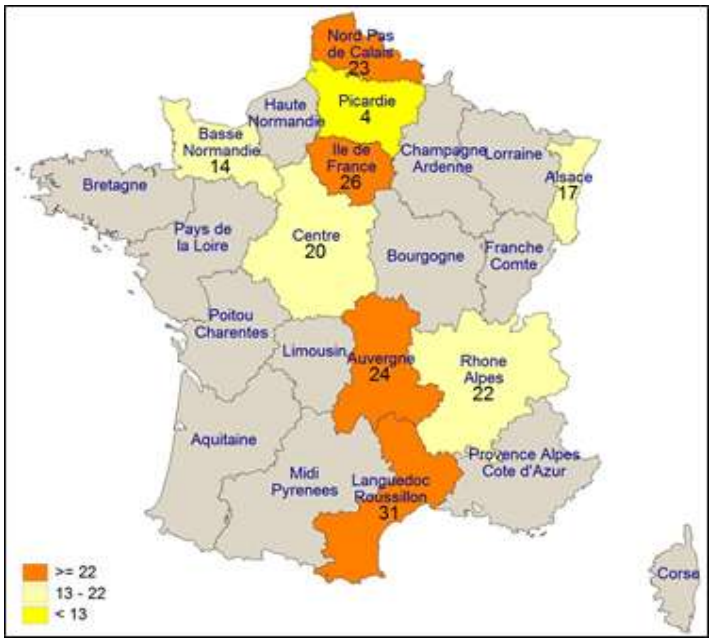
Les résultats de l'enquête par questionnaire (n = 181) et de l'enquête par entretiens (n = 23) sont présentés successivement. En conclusion du rapport une analyse synthétique des principaux résultats rend compte des explications du non-recours à la CMU-C obtenues auprès de personnes qui sont, à des degrés divers exposées, à une précarité socioéconomique.

4.1. Présentation des résultats quantitatifs

4.1.1. Distribution de l'échantillon par régions et structures/centres-accueils

Les 181 questionnaires reçus proviennent des 9 régions (anciennes régions) où sont implantés les 27 structures et les 15 centres ou accueils qui ont participé à la réalisation de l'enquête. En tout, 104 questionnaires sur 181 proviennent même de quatre régions (soit 57 % du total) : Languedoc-Roussillon (31 questionnaires), Île-de-France (26), Auvergne (24) et Nord Pas-de-Calais (23). En tout 24 communes (au regard des codes postaux) sont représentées, de taille très variable. Sans parler aucunement de représentativité géographique, l'échantillon présente néanmoins une certaine diversité territoriale.

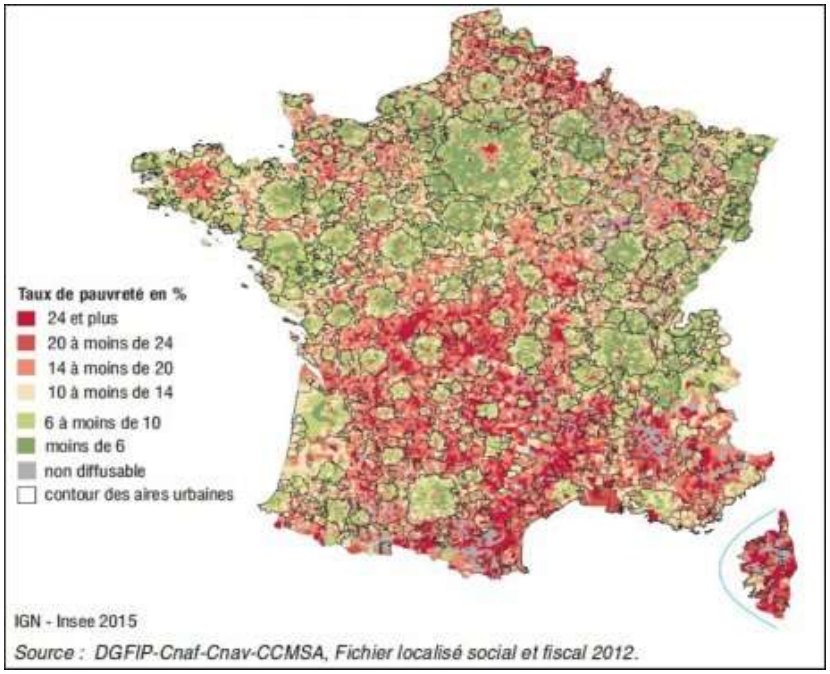
Figure 11 : Répartition des questionnaires reçus selon les régions d'implantation des 27 structures et 15 centres ou accueils



En Languedoc-Roussillon l'ensemble des 31 questionnaires a été retourné par le centre Espace solidaire de la CRF, alors que le Centre Ressources Illettrisme est à l'origine des 24 questionnaires concernant l'Auvergne. En Île-de-France (26) et dans le Nord Pas-de-Calais (23), les retours sont répartis entre plusieurs structures ou centres : 4 en Île-de-France (dont 2 à Paris, 11ème et 14ème arrondissements, et 2 en Seine-et-Marne) ; 3 dans le Nord Pas-de-Calais (tous dans le département du Nord : à Lille, Dunkerque et Douai).

Ces éléments apportent une indication qui confirme le bon ciblage de l'enquête sur des populations en situation de précarité. Les départements de provenance des questionnaires sont parmi ceux les plus touchés par la pauvreté, comme l'indique « la carte de la pauvreté en France » dressée par l'INSEE à partir du « fichier localisé social et fiscal » (Filosofi)[21]. Ils correspondent également à des départements où la densité de bénéficiaires de la CMU-C est la plus forte[22] ; autrement dit, le phénomène de non-recours existe malgré l'importance relative de la population bénéficiaire de la CMU-C.

Figure 12 : Carte de la pauvreté en France (INSEE)



D'autres travaux sur le non-recours amènent à remarquer que les territoires concernés par l'enquête sont exposés à la précarité et la pauvreté. On peut citer notamment la recherche sur « La lutte, au local, contre le non-recours » menée par l'Odenore avec la

[21] Le « Fichier localisé social et fiscal » (Filosofi) est un nouvel outil dont dispose l'Insee pour appréhender à un niveau très fin (la commune) le revenu disponible des ménages. Grâce à cet outil – basé sur des données de 2012 – l'INSEE a dressé une carte des revenus, des inégalités et de la pauvreté monétaire (personne vivant en-deçà du seuil de pauvreté, c'est-à-dire dont le niveau de vie est inférieur à 60% du niveau de vie médian, soit près de 990 euros par mois ou 11.871 euros par an).
[22] Fonds CMU, *Rapport d'activité 2015*, 2016, pp. 47-50.

DGCS dans le cadre de l'accompagnement du Plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale[23], mais aussi, à l'échelle d'un département comme celui de la Seine-et-Marne, les travaux de l'observatoire RESOLIS[24].

4.1.2. Les profils des personnes sans complémentaire, éligibles à la CMU-C mais en non-recours

La répartition des répondants selon le genre est comparable à celle obtenue dans les travaux cités plus haut auxquels il est possible de se reporter (*Cf.* supra : 1.2. Etat de la question). Les répondants sont ici aussi un peu plus souvent des hommes (56,5 %) que des femmes (43,5 %), qu'ils soient rencontrés dans des structures de formation ou d'insertion (55,2 % *vs* 44, 8 %) ou bien dans des centres de distribution alimentaire ou des accueils de jour (58 % *vs* 42 %).

En revanche, la distribution par âge indique un échantillon plus jeune que ceux construits dans les travaux cités en début du rapport. En effet, 24 % des répondants ont entre 18 et 25 ans et 25,1 % entre 26 et 35 ans. Les 56-60 ans (9,5 %) et surtout les plus de 60 ans (1,1 %) sont moins représentés. Cela est dû clairement à la jeunesse des répondants rencontrés dans des structures de formation ou d'insertion, puisque 32 % d'entre eux ont entre 18 et 25 ans (contre 14,6% pour les enquêtés rencontrés dans des centres de distribution alimentaire ou des accueils de jour). Pour les autres tranches d'âge les écarts ne sont pas significatifs selon les lieux de recrutement des enquêtés.

En même temps, l'échantillon est aussi particulier en ce qui concerne la situation familiale. En effet, 78,5 % des répondants déclarent vivre seuls et 68,4 % n'ont pas d'enfant à charge. Contrairement à ce qu'il est possible de penser intuitivement, cette particularité n'est pas liée à la jeunesse des répondants. En effet, les personnes sans enfants sont proportionnellement plus nombreuses parmi les enquêtés, globalement plus âgés, des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour (74,4 %) que ceux des structures de formation ou d'insertion par le travail (63,2 %).

Toutefois, le constat relatif au fait de vivre seul(e), souvent sans enfant à charge, a son importance. Il renvoie à des « facteurs d'activation » du non-recours que les travaux de recherche sur le phénomène ont mis en avant[25]. Ainsi, les personnes vivant seules sont-

[23] Philippe WARIN Pierre MAZET, Catherine CHAUVEAUD, Annette CASAGRANDE, « La Lutte contre le non-recours au local. Enquête par questionnaire auprès des CCAS et des Conseils départementaux », Odenore, *Etudes & Recherches*, n° 55, mars 2015. Recherche en cours pour la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).
[24] RESOLIS, Recherche et évaluation de solutions innovantes et sociales, développe depuis 2014 dans le cadre de son programme « Pauvreté en France » des études-action sur des territoires locaux. Site : http://www.resolis.org/
[25] Par exemple, Philippe WARIN, « Le non-recours aux droits. Question en expansion, catégorie en construction, possible changement de paradigme dans la construction des politiques publiques », *SociologieS*, 2012, [en ligne]. Léa Lima, *Pauvres jeunes. Enquête au cœur de la politique sociale de la jeunesse*, Nîmes, Editions du Champ social, 2016.

elles souvent surreprésentées dans les populations de non-recourants[26]. Vivre seul(e) et son corolaire[27] – l'absence d'autrui au foyer qui peut aider ou motiver – activent dans bien des cas un non-recours notamment par non connaissance ou par non demande. Il faut donc considérer ici que ces caractéristiques sociodémographiques expliquent en partie le non-recours à la CMU-C.

Parallèlement, les répondants présentent plusieurs indices de précarité (sinon peut-être de pauvreté), qui varient cependant selon le recrutement des enquêtés. Le tableau général des profils des répondants présenté ci-dessous indique que :

- Les répondants sont dans des situations socioéconomiques précaires :
    - Plus d'un sur deux est au chômage et en recherche d'emploi (57 %), tandis qu'un sur quatre est allocataire du RSA socle (24,6 %) et plus d'un sur six reçoit le RSA activité (15,1 %). On note toutefois une proportion de personnes au chômage et en recherche d'emploi nettement plus importante parmi les enquêtés des structures de formation ou d'insertion par le travail (71,1 %) que parmi ceux des centres de distribution alimentaire ou des accueils de jour (34,7 %) ; même si par ailleurs les enquêtés du premier groupe exercent pour une partie d'entre eux plus souvent un emploi (15,5 %) que ceux du second groupe (6,3 %).
    - Une majorité déclare une situation financière difficile ou très difficile (55,9 %) : 32,2 % disent « avoir du mal à y arriver » et 23,7 % déclarent carrément « ne plus y arriver ». La précarité financière est cependant plus marquée du côté des enquêtés des centres de distribution alimentaire ou des accueils de jour (63,4 % « ont du mal à y arriver » ou bien « n'y arrivent plus ») que ceux des structures de formation ou d'insertion (49,4 %).

- Les répondants sont peu autonomes dans les démarches administratives :
    - 62, 7 % ne trouvent pas seuls (30,5 %) ou difficilement seuls (32,2 %) les informations nécessaires pour leurs démarches administratives. En proportion, les enquêtés des centres de distribution alimentaire ou

[26] L'enquête de l'Observatoire de la Fondation de France sur « Les solitudes en France » mesure la relation entre ce phénomène de masse et le non-recours, qui est aussi un phénomène massif. Fondation de France, « Les solitudes en France », juin 2013, [en ligne]. Des études ou évaluations portant sur des dispositifs particuliers, non dédiés aux jeunes en particulier, confirment depuis longtemps la prévalence du non-recours chez les personnes vivant seules. Dans les travaux de l'Odenore, quelques références à titre indicatif :

- « Le non-recours aux soins des actifs précaires ». Rapport de recherche pour l'Agence Nationale de la Recherche, novembre 2008, [en ligne].
- « Le non-recours aux contrats d'insertion. Résultats d'une enquête par questionnaire auprès des allocataires du RMI en Isère », Rapport d'étude pour le Conseil général de l'Isère, octobre 2005, [en ligne].

[27] Corolaire analysé par ailleurs : par exemple, Marie-Noëlle SCHURMANS, *Les solitudes*, Paris, PUF, 2003.

d'accueils de jour sont plus nombreux à ne pas trouver seuls ou difficilement les informations (63,4 %) que ceux des structures de formation ou d'insertion (61 %).

- En tout, 62,4 % ont des difficultés (26,4 %) ou bien se font aider par un tiers (36 %) pour réaliser une démarche administrative. Sur ce plan, les enquêtés rencontrés dans des centres de distribution alimentaire ou des accueils de jour sont plus nombreux à rencontrer ces difficultés (30,5 %) que ceux des structures de formation ou d'insertion (22,9 %).
- Enfin, si 47,1 % ne peuvent pas se faire aider pour des démarches administratives en cas de besoin, 65,7 % déclarent rencontrer parfois un travailleur social. A noter que les enquêtés des structures de formation ou d'insertion sont plus nombreux à rencontrer un travailleur social (69,8 %) que ceux des centres de distribution alimentaire ou des accueils de jour (61 %). Cela peut être dû (comme tendraient à le confirmer les entretiens avec les responsables des structures au moment de la préparation de l'enquête) au fait que l'entrée en formation professionnelle ou en insertion par le travail se fait souvent en lien avec des services sociaux.

Par ailleurs, la stratification des résultats selon l'âge fait apparaître quelques particularités pour le groupe des 18-35 ans (49,1 % de l'ensemble des répondants). Dans ce groupe d'âge, les répondants paraissent davantage en mesure de trouver seuls les informations nécessaires. En revanche, ils paraissent moins en mesure d'agir par eux-mêmes. Leur moindre habitude des démarches administratives pourrait expliquer cette différence, d'autant que les jeunes questionnés par l'intermédiaire des structures de formation ou d'insertion sont moins en situation d'illettrisme que l'ensemble des répondants (37,7 % *vs* 43,5 %). En lien avec ce constat, on peut noter que les travaux sur l'exclusion numérique observent que l'usage de l'internet, plus aisé chez les jeunes générations, n'est en rien une garantie d'une plus d'autonomie de leur part dans des démarches administratives en ligne. Il s'agit de ce que certains appellent la « deuxième fracture » numérique qui sépare non pas ceux qui ont accès à internet de ceux qui n'y ont pas accès, mais ceux qui se cantonnent – faute d'intérêt mais aussi de compétence pour comprendre les contenus – à l'univers du divertissement et ceux qui intègrent l'internet dans leurs démarches en général, notamment professionnelles et administratives[28].

[28] Périne BROTCORNE, Luc MERTENS, Gérard VALENDUC, « Les jeunes *off-line* et la fracture numérique – Les risques d'inégalités dans la génération des « natifs numériques », Rapport pour le Ministère fédéral de l'Intégration sociale, 2009, [en ligne]. Le constat est vérifié à l'échelle européenne : Eurostat, « Statistiques de la société de l'information – Ménages et particuliers », juin 2015, [en ligne].

Figure 13 : Profils des personnes sans complémentaire, éligibles à la CMU-C mais en non-recours

(1) Structures de formation ou d'insertion (n = 98)
(2) Centres de distribution alimentaire et accueils de jour (n = 83)
(3) Ensemble (n = 181)

Caractéristiques sociodémographiques			
Âge	**(1)** (n = 97)	**(2)** (n = 82)	**(3)** (n = 179)
➔ 18-25 ans	32 %	14,6 %	24 %
➔ 26-35 ans	23,7 %	26,8 %	25,1 %
➔ 36-45 ans	16,5 %	19,5 %	17,9 %
➔ 46-55 ans	21,6 %	23,2 %	22, 3 %
➔ 56-60 ans	6,2 %	13,4 %	9,5 %
➔ + de 60 ans	-	2,4 %	1,1 %
Situation familiale	(n = 95)	(n =82)	(n = 177)
➔ **Seul(e)**	69,5 %	89 %	78,5 %
➔ **En couple**	30,5 %	11 %	21,5 %
Enfants à charge (pas d'enquêté avec 5 enfants)	(n = 95)	(n = 82)	(n = 177)
➔ 0	63,2 %	74,4 %	68,4 %
➔ 1	14,7 %	11 %	13 %
➔ 2	13,7 %	4,9 %	9,6 %
➔ 3	5,3 %	8,5 %	6,8 %
➔ 4	2,1 %	1,2 %	1,7 %
➔ 6	1,1 %	-	0,6 %
Précarité socioéconomique			
Activité (possibilité de plusieurs situations concomitantes)	(n = 97)	(n = 95)	(n =179)
➔ Au chômage et/ou à la recherche d'un emploi	71,1 %	34,7 %	57 %
➔ Au RSA socle	21,6 %	24,2 %	24,6 %
➔ En formation	27,8 %	1,1 %	15,6 %
➔ Au RSA activité	16,5 %	11,6 %	15,1 %
➔ Exerce un emploi	15,5 %	6,3 %	11,7 %
➔ En invalidité	3,1 %	6,3 %	5 %
➔ A la retraite	-	2,1 %	1,1 %
➔ En cours de scolarité	2,1 %	-	1,1 %
➔ Autre	8,2 %	13,7 %	11,7 %
Situation financière	(n = 95)	(n = 82)	n = 177
➔ « C'est juste, il faut faire attention »	43,2 %	30,5 %	37,3 %
➔ « A du mal à y arriver »	30,5 %	34,1 %	32,2 %
➔ « N'y arrive plus »	18,9 %	29,3 %	23,7 %
➔ « Pas de problème financier particulier »	7,4 %	6,1 %	6,8 %
Autonomie dans les démarches administratives			
Trouver seul(e) les informations pour les démarches administratives	(n = 95)	(n = 82)	(n = 177)
➔ Facilement	38,9 %	35,4 %	37,3 %
➔ Difficilement	28,4 %	36,6 %	32,2 %
➔ Ne trouve pas seul(e)	32,6 %	28 %	30,5 %
Réaliser seul(e) des démarches administratives	(n = 96)	(n = 82)	(n = 178)
➔ Oui, seul(e)	41,7 %	32,9 %	37,6 %
➔ Oui, avec l'aide d'un tiers	35,4 %	36,6 %	36 %
➔ Non, ai des difficultés	22,9 %	30,5 %	26,4 %

4.1.3. L'absence de complémentaire santé

Au moment de l'enquête par questionnaire les 181 répondants sont tous sans CMU-C alors qu'ils y sont éligibles. Dans le passé, 50,3 % ont pourtant eu une complémentaire santé ; par ailleurs 38,2 % n'en ont jamais eu. Les 11,6 % restants déclarent ne pas le savoir, ou ne s'en rappellent plus ; ce qui peut signaler une difficulté à comprendre ce qu'est une complémentaire santé.

Figure 14 : Une complémentaire santé dans le passé

Type de complémentaire dans le passé (n = 173 répondants à la question « Dans le passé avez-vous eu une complémentaire santé, laquelle ? »)		
	Ensemble	**18-35 ans**
Non	**38,2 %**	**44,2 %**
Oui	**50,3 %**	**40,7 %**
➔ CMU-C	19,7 %	15,1 %
➔ Complémentaire d'entreprise	16,2 %	9,3 %
➔ Complémentaire individuelle privée sans ACS	7,5 %	9,3 %
➔ Complémentaire individuelle privée avec ACS	5,2%	4,7 %
➔ Aide Médicale d'Etat (AME)	1,7%	2,3 %
Ne sais pas	**11,6 %**	**15,1 %**

Ces résultats sont à mettre en relation avec la composition d'un échantillon plutôt jeune. En l'espèce, la stratification sur les 18-35 ans accentue la proportion de répondants qui n'ont pas de complémentaire santé dans le passé ; ils sont près de la moitié dans ce groupe d'âge contre un tiers pour l'ensemble des répondants. Ces résultats tendent à confirmer l'hypothèse du passage à « l'âge adulte » comme moment d'exposition au risque de non-recours[29]. L'information des jeunes sur les droits devenant ainsi un enjeu dont s'est saisi notamment le Conseil Economique, Social et Environnemental[30].

Comme le montre le tableau suivant, l'absence de complémentaire santé s'explique par :

- Le manque de connaissance et/ou de capacité à utiliser l'information disponible (non-recours par non connaissance) pour 48,2 % des répondants.
- Le manque de moyens financiers (non-recours par non demande) pour 45,8 % d'entre eux.

Pour le groupe des 18-35 ans, les raisons financières paraissent de moindre importance dans l'explication de l'absence de complémentaire santé que pour l'ensemble des

[29] Yaëlle AMSELLEM-MANGUY, Patricia LONCLE, « Inégalités et entre dans l'âge adulte : éclairage sur la situation des jeunes vivant en France », *Regards*, n° 48, 2015, pp. 57-68.
[30] Antoine DULIN, « Sécuriser les parcours d'insertion des jeunes », Projet d'avis du CESE, mars 2015.

répondants (31,3 % *vs* 45,8 %). En revanche, le manque d'autonomie est plus marqué (56,3 % *vs* 48,2 %). Cet écart s'explique essentiellement par le fait que les plus jeunes ignorent davantage ce qu'est la complémentaire santé.

Figure 15 : L'absence de complémentaire santé

L'absence de complémentaire par manque d'autonomie ou pour raisons financières (n = 168 répondants à la question « Pourquoi n'avez-vous pas de complémentaire santé ? » - réponse à choix multiple)		
	Ensemble	**18-35 ans**
Manque d'autonomie	**48,2 %**	**56,3 %**
➔ Ignore ce qu'est une complémentaire santé	20,2 %	28,8 %
➔ Ne sais pas comment en avoir une (trop compliqué)	18,5 %	17,5 %
➔ Manque d'information (ne sais pas où s'adresser)	9,5 %	10 %
Raisons financières	**45,8 %**	**31,3 %**
➔ Pas les moyens financiers	31,5 %	23,8 %
➔ Pas la priorité pour le moment (autres charges, urgences…)	14,3 %	7,5 %

4.1.4. Un recours à la CMU-C dans le passé

Parmi les répondants qui déclarent savoir ce qu'est la CMU-C (96 sur 178 répondants à cette question, soit 53,9 %), les deux tiers (63 sur 96 personnes, soit 65,6 %) pensent pouvoir en bénéficier et autant (65 personnes, soit 67,7 %) l'ont demandée dans le passé avec des résultats divers. Les résultats pour le groupe des 18-35 ans indiquent que parmi les 41 qui déclarent connaître le CMU-C (sur 86 répondants à la question), plus des trois quarts pensent pouvoir en bénéficier alors que seulement la moitié d'entre eux en revanche l'ont demandé dans le passé.

Parmi les 65 répondants qui ont pu demander la CMU-C dans le passé (soit 36 % de l'échantillon total des 181 répondants), 44 (soit 24 % de l'ensemble des 181 répondants) ont eu un droit ouvert à la CMU-C. Les autres ont abandonné du fait de demandes de pièces administratives (15 répondants), ou dans une moindre proportion (6 répondants) n'ont pas obtenu la CMU-C du fait de revenus trop élevés. Parmi les 18-35 ans qui ont demandé la CMU-C dans le passé, seuls 12 l'ont obtenue (soit 13,6 % de l'ensemble des 88 répondants de ce groupe d'âge).

Les raisons pour lesquelles ces 44 répondants n'ont plus la CMU-C au moment de l'enquête et se retrouvent ainsi sans complémentaire santé alors qu'ils sont manifestement éligibles à la CMU-C s'expliquent essentiellement par un non renouvellement volontaire (pour plus de la moitié) et pour des raisons « autres » (pour un tiers). Si ces explications sont à détailler (voir les résultats de l'enquête par entretiens), il s'avère qu'un petit nombre seulement (5 répondants sur 44) déclare ne

pas avoir droit à la CMU-C du fait de revenus supérieurs au barème au moment de la demande, alors même que leur éligibilité a été estimée au moment de l'enquête. Pour les 13 répondants de 18-35 ans qui sont dans cette situation, le non renouvellement volontaire est plus marqué ; c'est le cas de près des deux-tiers d'entre eux.

Parallèlement, les répondants qui déclarent savoir ce qu'est la CMU-C mais qui ne l'ont pas pour autant demandée (35 répondants, soit 19 % du total des 181 répondants), expliquent leur non-recours par non demande de diverses façons. Pour 23 d'entre eux « les démarches sont trop compliquées » ou ils ont « d'autres priorités ». Très peu évoquent en revanche les éventuels inconvénients attribués à la CMU-C cités dans le questionnaire : « le refus de soins » (2 répondants), « une prise en charge insuffisante des besoins de soins » (1 répondant). Pour le reste, 18 répondants évoquent des raisons « autres », qu'il faut aussi chercher à détailler. Ces résultats, même sur de petits effectifs, mettent en avant un non-recours par non demande de la part de personnes qui savent ce qu'est la CMU-C, mais qui rencontrent pour la plupart des difficultés pour en faire la demande ou préfèrent s'abstenir. L'explication du non-recours par la complexité des démarches réapparaît ; comme elle est apparue dans les enquêtes barométriques citées plus haut, traitant du renoncement aux soins. Pour autant, il faut tenir compte du fait que l'échantillon comprend ici un grand nombre de personnes en situation d'illettrisme (43,5 % des enquêtés des structures partenaires de l'ANLCI ; ce groupe des personnes en situation d'illettrisme avéré représente 22,1 % du total de l'échantillon. Or comme nous l'indiquons plus loin l'illettrisme joue manifestement sur le non-recours par non demande (*Cf.* infra point 4.1.6.). Enfin, pour les 22 répondants de 18-35 ans qui n'ont pas demandé la CMU-C alors qu'ils savent ce dont il s'agit et s'estiment éligibles, plus de quatre personnes sur cinq évoquent des raisons « Autres » ou la difficulté des démarches.

4.1.5. Un non-recours par non connaissance de la CMU-C

Si plus d'un tiers des répondants n'a jamais eu de complémentaire santé (38,2 %), ils sont presque autant à ne pas savoir ce qu'est la CMU-C (35,4 %). Alors qu'ils sont 20,2 % (n = 168) à ignorer ce qu'est une complémentaire santé, les répondants sont plus nombreux à ne pas savoir ce qu'est la CMU-C, voire à ne pas connaître son existence.

Aussi a-t-on affaire à deux groupes distincts dans cette population sans complémentaire santé, éligible mais en non-recours à la CMU-C au moment de l'enquête :

- Un tiers de l'effectif ignore ce qu'est la CMU-C.
- Un plus de la moitié sait ce qu'est la CMU-C, et pour les deux tiers d'entre eux ont pu la demander dans le passé.

Dit autrement, il y a une nette dichotomie au sein de la population sans complémentaire santé, éligible mais en non-recours à la CMU-C, entre ceux qui connaissent (souvent par expérience passée) la CMU-C et ceux qui ignorent ce dont il s'agit.

Les explications de ce non-recours par non connaissance ont aussi été recherchées dans l'enquête par entretiens. Avant de présenter ces résultats plus loin, il est intéressant de remarquer l'impact de l'illettrisme sur le non-recours à la CMU-C, mais aussi de revenir sur le fait que des répondants déclarent rencontrer parfois un travailleur social.

4.1.6. L'illettrisme joue sur le non-recours par non demande

Les structures de formation continue ou d'insertion par le travail partenaires de l'ANLCI avaient aussi à indiquer lors du remplissage du questionnaire si les répondants sont en situation d'illettrisme. Sur les 98 questionnaires reçus des structures de formation ou d'insertion, l'évaluation d'une situation d'illettrisme a été possible pour 92 répondants. Parmi ces 92 répondants, 40 (soit 43, 5 %) s'avèrent être dans cette situation.

Il apparaît que les explications de l'absence de complémentaire santé et de non-recours par non connaissance à la CMU-C sont comparables que les personnes soient ou non en situation d'illettrisme. Le manque d'autonomie pèse autant, quelle que soit cette situation. En même temps, de part et d'autre la même proportion de personnes connaissent la CMU-C et dans ce cas ont pu l'obtenir dans le passé.

Figure 16 : Absence de complémentaire, connaissance et demande CMU-C dans le passé en fonction de l'illettrisme

Répondants en situation d'illettrisme **N = 40**	**Répondants qui ne sont pas en situation d'illettrisme** **N = 52**
Les raisons de l'absence de complémentaire santé ➔ Manque d'autonomie : 4 répondants sur 10 ➔ Raisons financières : 3 répondants sur 10	**Les raisons de l'absence de complémentaire santé** ➔ Manque d'autonomie : 4 répondants sur 10 ➔ Raisons financières : 3 répondants sur 10
La connaissance de la CMU-C ➔ Connaît : 4 répondants sur 10 ➔ Ne connaît pas : 5 répondants sur 10 ➔ Ne sais pas : 1 répondant sur 10	**La connaissance de la CMU-C** ➔ Connaît : 4 répondants sur 10 ➔ Ne connaît pas : 5 répondants sur 10 ➔ Ne sais pas : 1 répondant sur 10
Demande de CMU-C par ceux qui la connaissent ➔ Oui et obtenue : 6 répondants sur 10 ➔ Oui mais abandon ou refus : 1 répondant sur 10 ➔ Non : 3 répondants sur 10	**Demande de CMU-C par ceux qui la connaissent** ➔ Oui et obtenue : 5 répondants sur 10 ➔ Oui mais abandon ou refus : 1 répondant sur 10 ➔ Non : 4 répondants sur 10

En revanche, l'illettrisme entre en ligne de compte dans l'explication du non-recours par non demande lorsque les personnes connaissent la CMU-C. Dans ce cas, les démarches à faire semblent être des obstacles encore plus compliqués.

D'un point de vue statistique, les personnes en situation d'illettrisme sont en effet sous-représentées parmi celles qui trouvent facilement seules l'information nécessaire pour accéder à des droits à prestations (relation « significative » selon le test du *Chi2*[31]) et surtout parmi celles qui se débrouillent bien toutes seules dans des démarches administratives (relation « très significative » selon le test du *Chi2*). Le non-recours par non demande paraît donc lié à des démarches considérées comme trop compliquées à réaliser par les personnes en situation d'illettrisme, alors qu'en tant que tel le dispositif de la CMU-C ne leur paraît pas plus difficile à comprendre que pour les autres répondants. Ce résultat indique que le non-recours par non demande est aggravé par l'illettrisme.

Figure 17 : La non demande de CMU-C en fonction de l'illettrisme

Répondants en situation d'illettrisme **N = 40**	**Répondants qui ne sont pas en situation d'illettrisme** **N = 52**
Non demande de CMU-C par ceux qui la connaissent ➔ Démarches trop compliquées : 4 répondants sur 10 ➔ Autres priorités : 0 ➔ Crainte de refus de consultation : 0 ➔ Autres raisons : 6 répondants sur 10	**Non demande de CMU-C par ceux qui la connaissent** ➔ Démarches trop compliquées : 2 répondants sur 10 ➔ Autres priorités : 2 répondants sur 10 ➔ Crainte de refus de consultation : 2 répondants / 10 ➔ Autres raisons : 4 répondants sur 10

4.1.7. Rencontrer parfois un travailleur social ne préserve pas nécessairement du non-recours

Le manque d'autonomie étant une variable explicative forte de l'absence de complémentaire santé en général et du non-recours à la CMU-C en particulier, les résultats ont été stratifiés pour l'ensemble des répondants à partir de la variable « rencontre parfois un travailleur social ».

[31] Le test de *Chi2* est un test statistique qui permet de se prononcer sur le lien statistique entre deux variables qualitatives. Il est en fonction pour la recherche de contingence sur le logiciel Sphinx utilisé par l'Odenore. Selon ce test la relation peut être « non significative », peu significative », « significative », ou « très significative ». Il est capital de ne pas confondre la corrélation, le lien, la dépendance statistique entre deux variables et la causalité.

La recherche statistique de relations significatives par le test du *Chi2* montre que le fait de rencontrer parfois ou non un travailleur social n'a pas d'incidence sur les parcours dans les droits. Cela étant, il apparaît néanmoins que :

- Les répondants qui déclarent rencontrer parfois un travailleur social sont surreprésentés parmi ceux qui connaissent la CMU-C et pensent pouvoir en bénéficier. A l'inverse, les répondants qui déclarent ne pas rencontrer de travailleur social sont sous-représentés dans ce même groupe. Suivant le test du *Chi2*, une relation statistique existe, mais elle est « peu significative »[32].

- Les répondants qui déclarent rencontrer parfois un travailleur social sont en même temps surreprésentés parmi ceux qui dans le passé ont demandé et obtenu la CMU-C. Parallèlement, les répondants qui déclarent ne pas rencontrer de travailleur social sont sous-représentés dans ce groupe. Suivant le test du *Chi2*, la relation statistique est ici « très significative ».

Ces résultats indiquent que les répondants ayant un contact avec un travailleur social[33], plus que les autres, connaissent et pensent être éligibles à la CMU-C, et surtout ont demandé et obtenu la CMU-C dans le passé. S'il s'avère que ces personnes sont réellement éligibles à la CMU-C (le passage du questionnaire se fonde sur une simple estimation et non sur une évaluation administrative de la situation), ces résultats interrogent sur la pratique des travailleurs sociaux en matière d'accès de tous aux droits sociaux. Si l'on s'en tient à ces résultats, rencontrer parfois un travailleur social ne préserve pas nécessairement du non-recours à la CMU-C. L'étude soulève ici une question d'importance, qui est celle de la possibilité d'une recherche généralisée sinon systématique des droits potentiels. Cette question est perçue par les organismes sociaux[34]. Et les pouvoirs publics se mobilisent à partir d'alertes diverses[35]. Toutefois,

[32] Remarquer ici un lien statistique entre d'un côté rencontrer parfois un travail social et de l'autre connaître la CMU-C et penser être éligible ne permet pas d'affirmer que le premier terme est une explication causale (relative vu le *Chi2*) du second. On en reste donc à l'observation statistique d'un lien de faible intensité.

[33] L'enquête ne permet pas de préciser l'ancienneté, la fréquence, ni le motif de la relation avec les travailleurs sociaux.

[34] C'est le cas, par exemple, de la branche Famille depuis longtemps (dès le début des années 1970), mais aussi récemment de la branche Maladie autour notamment du dispositif PLANIR (démarche concertée de l'Assurance Maladie – entre les services administratifs des Caisse primaire, les services sociaux des CARSAT et les échelons locaux du service médical – de détection et de gestion de trois difficultés majeures auxquelles peuvent être confrontés les assurés : le non-recours aux droits, aux services, aux soins ; les incompréhensions devant la complexité des démarches et/ou des informations médico-administratives ; les ruptures générées par le fonctionnement du service public.

[35] Nous pensons notamment à l'alerte de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) dans son rapport « Repenser l'assistance » de juin 2013, où l'accent est mis sur la nécessité de développer des démarches proactives de recherche de droits potentiels et d'accompagnement (et en amont de formation des futurs professionnels du social). Et à la réponse globale du gouvernement au travers du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale présenté en janvier 2013, appelant notamment à « lutter contre le non-recours et à sécuriser les aides ». La recherche menée actuellement par l'Odenore pour la DGCS dans le cadre de l'accompagnement de ce Plan, indique du reste que la transformation des postures institutionnelles et professionnelles pour anticiper les situations de non-recours est un enjeu central pour un nombre croissant de collectivités territoriales qui tentent en même temps de mobiliser d'autres acteurs locaux (Philippe WARIN Pierre

l'action sur le non-recours, engagée de cette façon notamment, est loin d'être facile, d'autant qu'elle peut rencontrer des résistances du côté du travail social[36].

4.1.8. Une population davantage exposée au renoncement/report de soins

L'enquête par questionnaire n'a pas cherché à vérifier si l'absence de complémentaire santé a pour effet d'accroître la probabilité de renoncer ou de reporter des soins. Le résultat est connu comme l'indique au début du rapport le rappel de travaux récents. La présente étude n'avait donc pas cette finalité statistique. Pour autant, un bloc de questions habituelles a été intégré au questionnaire étant donné la population visée.

Figure 18 : Exposition au renoncement/report de soins

Renoncement/report de soins
Importance du renoncement/report (n = 179 répondants à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté des soins alors que vous en auriez eu besoin ? ») : ➔ Non, jamais : 50,3 % % ➔ Oui, plusieurs fois : 33 % ➔ Oui, à une occasion : 16,8 % **Les principaux soins manquants (n = 87 répondants parmi les 89 ayant répondu Oui à la précédente question – plusieurs réponses possibles) :** ➔ Consultation d'un dentiste : 50,6 % ➔ Consultation d'un généraliste : 33, 3% % ➔ Appareillage (dentaire, optique…) : 31 % ➔ Consultation ophtalmologique : 27,6 % **Les principales raisons (n = 82 parmi les 89 ayant répondu Oui à la question initiale – plusieurs réponses possibles) :** ➔ Manque d'argent : 75,5 % ➔ Négligence, lassitude : 12,2 % ➔ Démarches trop compliquées : 9,8% ➔ Délais de rendez-vous trop longs : 9,8 %

Il s'avère que les résultats sont plus marqués que ceux trouvés par ailleurs en enquêtant auprès de populations d'assurés sociaux. En l'occurrence, la moitié des répondants indique avoir renoncé ou reporté des soins nécessaires au cours de l'année écoulée, alors que les études citées au début font état de taux de 30 à 35 %. Ici, trois quarts des personnes expliquent cette contrainte pour des raisons financières, alors que dans les autres études citées au début du rapport cette explication est apportée par environ la

MAZET, Catherine CHAUVEAUD, Annette CASAGRANDE, « La Lutte contre le non-recours au local. Enquête par questionnaire auprès des CCAS et des Conseils départementaux », op. cit.).

[36] Philippe WARIN, « L'action sur le non-recours devant des résistances du travail social », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2014, n° 1-2, pp. 65-78.

moitié des enquêtés. La présente enquête accentue donc les résultats connus par ailleurs. La particularité de la population enquêtée se remarque ici aussi. Elle apparaît également à travers l'observation qu'un tiers des répondants renoncent ou reportent des consultations chez un médecin généraliste, alors que ces renoncements ou reports apparaissent en moyenne dans un peu plus d'un cas sur dix dans les autres travaux signalés. Le travail sur le renoncement aux soins en région Languedoc-Roussillon indique cependant dans certains départements des taux de renoncement ou de report de consultations chez un généraliste proches de celui observé ici. Comme l'explique le rapport en question, cette différence entre départements est largement due à des raisons de démographie médicale et/ou d'accessibilité[37].

4.2. Présentation des résultats qualitatifs – Analyse sur cas types

Dans un deuxième temps, des entretiens ont été réalisés pour venir préciser les explications du non-recours à la CMU-C. Entre le 22 mars et le 5 avril 2016, 23 personnes ont été appelées au téléphone. Pendant cette période prolongée d'un mois, d'autres personnes parmi les 53 enquêtés qui avaient donné leur accord ont été contactées à plusieurs reprises mais sans succès.

4.2.1. Profils des enquêtés

Comme l'indique le tableau suivant présentant les profils, les deux tiers des personnes sont au moment des entretiens dans des centres de formation ou d'insertion. Les profils sont variés :

- Un peu plus de la moitié sont des hommes.
- 10 ont entre 18-25 ans, 5 entre 26-35, 6 entre 36-45 et 2 entre 46-55 ans.
- La plupart vivent seules (18 sur 23) et 10 ont des enfants (de 1 à 3).
- Plus de la moitié (14 sur 23) sont sans emploi. Les autres ont un emploi (4, dont deux perçoivent la Prime pour l'emploi – PPE) ou se présentent comme allocataires du RSA socle (5).
- Presque toutes les personnes ont des difficultés financières (21 sur 23).
- Un peu plus de la moitié semble autonome dans les démarches administratives (10). Ce n'est pas le cas des 5 personnes en situation d'illettrisme qui, pour 2 seulement, rencontrent un travailleur social.
- Enfin, 14 ne peuvent pas compter sur l'aide de proches.

37 Odenore, « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole », op. cit.

En même temps, 10 personnes sur 23 n'ont jamais eu de complémentaire santé. Les raisons, nous le verrons après, ne sont pas les mêmes selon l'âge. De même, les formes de non-recours à la CMU-C sont à préciser ; les explications sont diverses selon les trajectoires et les situations sociales. Au-delà de la non demande (14 cas) et de la non connaissance (7), deux cas de non-recours par non réception apparaissent. A noter que depuis l'entretien 3 personnes ont obtenu la CMU-C ou sont en cours de demande (effet déclaré de l'enquête par questionnaire).

Chaque entretien réalisé a donné lieu à un résumé (Annexe 4). L'analyse de ce matériau d'enquête a fait le choix de présenter les explications du non-recours à la CMU-C en cherchant à les comparer en fonction de la forme de non-recours observée. En effet, que le non-recours à la CMU-C relève d'une non demande, d'une non connaissance, et même d'une non réception, ce ne sont pas les mêmes raisons qui entrent en ligne de compte, ni les mêmes types de réponses qui peuvent être attendues pour prévenir ces situations.

Au regard des travaux existants sur l'absence de complémentaire, le renoncement aux soins et plus largement sur le non-recours aux droits et services, les entretiens viennent confirmer de nombreux constats. Aussi, la principale observation qui ressort de cette enquête, que d'autres études n'ont pas permis de pointer autant à notre connaissance, est la non prise en compte institutionnelle de l'absence de complémentaire santé et ici du non-recours à la CMU-C, alors même que certaines personnes sont dans des parcours sociaux (les enquêtés sont déjà en formation ou insertion, fréquentent des centres de distribution alimentaire ou des accueils de jour, et surtout pour beaucoup sont au contact d'un travailleur social). En termes d'action publique, il y a là un constat qui appelle une réflexion en termes opérationnels. Ce constat interroge les postures institutionnelles et professionnelles des systèmes d'action publics, privés ou associatifs qui accueillent les populations en situation de précarité.

Figure 19 : Présentation des 23 enquêté(e)s par entretien

N° questionaire	1	23	26	29	30	57	61	63	81	84	86	103	105	110	114	115	118	124	167	168	169	173	175
Partenaire	ANLCI	ANLCI	ANLCI	ANLCI	ANLCI	CRF	CRF	CRF	CRF	CRF	CRF	ANLCI	ANLCI	ANLCI	ANLCI	ANLCI	ANLCI	CRF	ANLCI	ANLCI	ANLCI	ANLCI	ANLCI
Profils (données enquête par questionnaire, vérifiées lors des entretiens)																							
Illettrisme	non	oui	oui	oui	oui	-	-	-	-	-	-	non	oui	non	non	non	non	-	non	non	non	non	non
Sexe	H	H	F	H	F	F	H	F	H	H	H	F	H	H	F	F	F	H	H	H	F	F	H
Âge	18-25	18-25	18-25	18-25	26-35	26-35	36-45	36-45	26-35	26-35	18-25	36-45	36-45	26-35	36-45	18-25	18-25	46-55	36-45	18-25	46-55	18-25	18-25
Sit. familiale	couple	seul	seule	seul	couple	seule	seul	couple	seul	seul	seul	seule	couple	seul	seule	seule	seule	seul	seul	seul	seule	seule	couple
Enfants	0	1	0	0	1	2	2	2	2	0	0	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Sit. profeselle	Sans emploi	Sans emploi	Emploi + PPE	Sans emploi	RSA socle	Emploi + PPE	Sans emploi	Sans emploi	Sans emploi	RSA socle	Emploi	RSA socle	Sans emploi	Sans emploi	Sans emploi	Sans emploi	Sans emploi	Sans emploi	Sans emploi	RSA socle	Sans emploi	RSA socle	Emploi
Absence de complémentaire santé et forme du non-recours à la CMU-C (données enquête par questionnaire, vérifiées lors des entretiens)																							
Depuis quand sans de CS	jamais	jamais	jamais	jamais	jamais	- 1 an	+ 13 ans	4 ans	- 1 an	jamais	jamais	+ 2 ans	jamais	jamais	+ 1 an	- 1 an	+ 3 ans	+ 1 an	+ 2ans	+ 1 an	jamais	3 ans	4 ans
Forme NR à CMU-C	NC	NC	NC	NC	NC	ND	ND	ND	ND	NC	ND / D en cours	ND / D en cours	ND	ND	ND	ND	ND Cmu-C depuis	ND	ND	NR	NC	NR	ND
Autonomie, aides, difficultés financières (données enquête par questionnaire, vérifiées lors des entretiens)																							
Autonome dans démarches	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui
Aide de proches	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	non	oui	non	non	oui	non	oui	non	non	non	oui	non	non	non
Rencontre parfois une AS	non	oui	non	non	non	oui	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	non	non
Difficultés financières	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui

4.2.2. Une diversité d'explications du non-recours à la CMU-C

Même si l'enquête par entretiens n'a aucune valeur statistique, elle conduit à éviter d'éventuels stéréotypes concernant les personnes en situation de précarité sinon de vulnérabilité. Les personnes rencontrées connaissent la CMU-C pour la plupart (seules 6 personnes sont identifiées en non-recours par non connaissance). Dit autrement, le non-recours à la CMU-C apparaît ici essentiellement comme l'effet d'une non demande, volontaire ou involontaire, et non principalement comme la conséquence d'une ignorance des droits.

Cela dit, l'analyse du matériau appelle à pointer les types de raisons que les personnes évoquent – ou parfois qui apparaissent implicitement au cours des échanges – pour expliquer le non-recours à la CMU-C. Ces raisons sont à comprendre au travers des trajectoires de vie et des parcours sociaux, mais aussi au regard du temps passé sans complémentaire santé (ceci étant fortement lié à l'âge des personnes de l'échantillon). Ces explications permettent d'affiner les réponses apportées dans le questionnaire, et en particulier la réponse « Autres ».

A. Les raisons du non-recours par non connaissance

Les entretiens n° 1, 23, 26, 29, 30, 84, 169 correspondent à cette forme de non-recours (voir Annexe 4).

Il s'agit de 7 personnes, pour la plupart jeunes (4 ont entre 18 et 25 ans, 2 entre 26 et 35), ou âgée de 46-55 ans (1 personne). Dans le passé, aucune des 7 personnes n'a eu de complémentaire santé en tant qu'ouvrants-droit. Aussi leur non-recours par non connaissance relève-t-il explicitement d'une absence d'information sur la CMU-C et même sur ce qu'est une complémentaire santé. Cela relève apparemment pour les plus jeunes d'une « absence d'apprentissage » sur les droits sociaux dans les différentes institutions (famille, école, lieu de formation…), et pour la personne plus âgée d'une situation de « pauvreté disqualifiante[38] ». Cette explication générale renvoie cependant à différentes raisons :

- Être indifférent « aux questions de Sécu » (entretien n° 1).
- Méconnaître les dispositifs, à commencer par l'assurance obligatoire et la Carte vitale (entretiens n° 23, 26, 29, 30, 169) parfois confondues avec la

[38] Cette forme élémentaire de pauvreté concerne les exclus ou les travailleurs pauvres des sociétés riches marquées par le chômage. Elle est distincte de la pauvreté intégrée (pauvreté traditionnelle qui résulte du développement à long terme des économies) et de la pauvreté marginale qui est celle du quart-monde des pays riches : Serge PAUGAM, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 2005.

complémentaire (ce qui indique dans ce cas que les personnes connaissent l'existence de dispositifs, sans pour autant savoir de quoi il s'agit).

- Ne pas comprendre sa propre situation (encore ayant-droit ou pas ?, encore bénéficiaire d'une mutuelle étudiante ou pas ?…) (entretiens n° 1, 81, 169).

Les situations peuvent renvoyer à plusieurs raisons à la fois. Parfois d'autres raisons de non-recours apparaissent, montrant la possibilité d'autres formes de non-recours dès lors que la question du manque de connaissance serait réglée, notamment des raisons donnant lieu à une non demande expliquée par les démarches administratives qui paraissent trop compliquées, par le faible intérêt ou importance accordée à l'assurance maladie… Les travaux sur le non-recours confirment le caractère « cumulatif » du phénomène que l'on retrouve ici, et qui conduit aussi à penser la complexité des réponses à apporter.

L'entretien n° 1 peut être pris comme exemple. Le jeune homme en question a tenté dans le passé d'obtenir une carte vitale, mais il n'a pas poursuivi sa démarche. Apparemment les démarches administratives l'ennuient. L'obtention de « la Sécurité de base » lui a coûté, il ne veut pas recommencer. Pour lui, passer par Internet serait mieux ; il ne connaît pas les possibilités de télé-service de l'Assurance maladie tout en étant un habitué du Net par ailleurs. Dit autrement, à considérer que ce jeune sorte du non-recours par non connaissance, la probabilité d'un non-recours par non demande est forte pour des raisons mêlant *complexité perçue des démarches*, *manque de volonté* ou *négligence*. Dans ce cas, il est possible que l'intervention d'un tiers (ce jeune est en formation) puisse le motiver ; cette condition paraît être au cœur du processus d'accès ou de retour dans des dispositifs et des droits des jeunes qui sont en situation de décrochage ou de repli, en matière de formation mais pas seulement[39].

Parmi les 6 personnes qui manifestement ne recourent pas à la CMU-C pour ces différentes raisons significatives d'une absence d'apprentissage, 5 sont en cours de formation ou d'insertion lors des entretiens. Cette observation appelle une réflexion sur le rôle et la place des structures de formation continue et d'insertion par l'emploi – mais pas seulement elles – dans l'information sur les droits sinon dans l'étude des droits au moment de l'entrée. Une étude récente réalisée par l'Université de Lille 3 pour la DRJSCS du Nord Pas-de-Calais, que nous avons accompagnée, arrive à la même question[40].

[39] Catherine CHAUVEAUD, Benjamin VIAL, Philippe WARIN, « Le non-recours à l'offre d'enseignement et de formation des jeunes de 15 à 24 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles », Rapport pour l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse, Odenore, *Etudes & Recherches*, n° 58, mars 2016, [en ligne].

[40] Vanessa STETTINGER (dir.), « Les pratiques de santé des jeunes de la formation professionnelle », Recherche-Action commandée par la DRJSCS, juin 2016.

Les raisons du non-recours éclairées par certains entretiens signalent le flou dans lequel bon nombre de jeunes peuvent se retrouver alors qu'ils ne sont plus ayants-droit de la complémentaire de leurs parents ou de l'un des deux. En ce sens, les initiatives visant à étendre la CMU-C aux jeunes de moins de 25 ans de façon la plus automatique qui soit serait une avancée importante. Les quelques cas, ici, ne nous renvoient pas nécessairement vers des jeunes en rupture familiale, que le projet de loi « Egalité et citoyenneté » en cours de discussion tend à privilégier[41].

B. Les raisons du non-recours par non demande

Les entretiens n° 57, 61, 63, 81, 86, 103, 105, 110, 114, 115, 118, 124, 167, 175 correspondent à cette forme de non-recours (voir Annexe 4).

Ici, les 14 personnes ont eu, davantage que les précédentes, une complémentaire santé au titre d'ouvrant-droit dans le passé. En effet, 4 n'ont jamais eu de complémentaire. Parmi les 10 autres, au moment de l'entretien, 3 avaient encore une complémentaire dans l'année écoulée, pour 3 cela remonte à plus d'un an, entre 2 et 4 ans pour 5 autres, et pour la dernière cela date de plus de 13 ans. Dans ce groupe, la CMU-C est connue par tous. D'ailleurs près de la moitié ont eu un droit ouvert à la CMU-C dans le passé (6 personnes) ou l'ont connue comme ayant-droit (1 personne). L'explication de la non demande est cependant diverse et renvoie, comme pour la non connaissance, à plusieurs raisons, qui sont à classer entre les raisons « volontaires » qui relèvent de choix personnels, et les raisons « involontaires » qui sont liées à des contraintes :

- Des raisons « volontaires » :
    - Eviter une complémentaire perçue comme étant de moindre qualité, préférence pour une assurance/mutuelle privée quitte à attendre d'en avoir les moyens pour en acquérir une (entretiens n° 57, 63, 103).
    - Se suffire d'une prise en charge à 100 % du fait d'une ALD, autolimitation du recours à des soins et recherche d'alternatives en cas de besoins hors ALD (entretien n° 61).
    - Accorder peu d'importance à la complémentaire santé, la non demande est un choix expliqué par des convictions personnelles (entretiens n° 105), par une négligence assumée (entretiens n° 118, 173).

[41] Ce projet de loi est issu des comités interministériels « Égalité et citoyenneté » des 6 mars et 26 octobre 2015 mis en place à la suite du discours du Premier ministre qui avait parlé d'un « apartheid territorial, social et ethnique » quelques jours après les attentats de janvier 2015. Ce projet vise à favoriser l'insertion des jeunes, notamment de ceux qui ne sont ni à l'école, ni en formation, ni en emploi. Il s'articule autour de trois axes : généraliser l'engagement au service de l'intérêt général et accompagner l'émancipation des jeunes, favoriser la mixité sociale et l'égalité d'accès au logement et renforcer l'égalité réelle. *Cf.* Assemblée Nationale, Projet de loi n° 3679, [en ligne].

- Eviter des démarches administratives en continu. Une non demande justifiée par une éligibilité fluctuante du fait de la variation des ressources (entretien n° 81).

- Des raisons « involontaires » :
  - Être indifférent à sa santé par « déni des besoins » : dans les entretiens c'est le cas des personnes dites « à la rue » (entretiens n° 86, 110).
  - Ne pas pouvoir se lancer dans une démarche du fait d'une rupture familiale qui occasionne un état psychologique qui rend difficile la réaction (immédiate) à la perte du statut d'ayant-droit. De plus les personnes sont plongées dans des urgences (se loger, travailler) et ont pour première priorité d'assumer un minimum vital lorsqu'elles sont sans emploi (entretiens n° 103, 114, 115, 124).
  - Ne pas se lancer immédiatement dans une demande de CMU-C suite à une rupture professionnelle qui entraîne la perte d'une complémentaire (individuelle ou collective). Ici, la non demande est provisoire (non-recours dit « frictionnel »), car la priorité est de stabiliser la situation sur d'autres plans (entretien n° 167).

Certaines situations montrent également une porosité entre non connaissance et non demande. C'est le cas, par exemple, avec les personnes qui perdent leur statut d'ayant-droit après une séparation. Outre les effets psychologiques et leurs conséquences en termes de non demande, certaines personnes semblent aussi avoir été « dépendantes » du/de la conjoint(e) sur le plan des démarches administratives. Une fois séparées, elles reconnaissent être perdues pour ouvrir des droits. Elles connaissent la CMU-C en généralité, mais pas en pratique ; dans les cas présents, les complémentaires dont elles ont pu bénéficier comme ayants-droit étaient privées.

La question du rôle et de la place des « acteurs sociaux » est parfois posée. L'entretien n° 81 questionne particulièrement. Cette femme de 26-35 ans a eu la CMU-C dans le passé. Aujourd'hui elle vit avec ses deux enfants en CHRS. Elle explique le non-recours par non demande par des niveaux de ressources incertains qui font que son éligibilité est fluctuante. Dans son cas, entrer et sortir de la CMU-C ou alterner avec l'ACS ne l'intéresse pas ; cela l'obligerait à trop de démarches. Elle prend le risque de difficultés accrues pour se soigner. Apparemment, les professionnels du CHRS ne l'ont pas persuadée de la nécessité d'accéder à la CMU-C. Cela questionne les attendus de ce que l'on appelle « l'accompagnement social ».

Partant de ce type d'exemples, l'analyse du non-recours à la CMU-C pose plus généralement la question des postures professionnelles et institutionnelles. Sur ce plan beaucoup de constats venant du local indiquent son importance[42].

C. Les raisons du non-recours par non réception

Deux entretiens permettent de remarquer du non-recours par non réception (une demande de CMU-C a été faite mais la réponse tarde). L'explication dans l'un et l'autre cas renvoie à une forme d'indifférence quant au traitement des demandes de CMU-C par la CPAM, confortée par d'autres raisons (pas l'habitude des démarches administratives, négligence, soutien familial) :

- Un jeune homme a fait en décembre 2014 une demande couplée de RSA socle et de CMU-C (entretien n° 169). Il indique attendre toujours la réponse de la CPAM, apparemment sans s'inquiéter outre mesure. Dans le centre de formation où il se trouve personne ne semble avoir remarqué la situation. Outre l'absence d'apprentissage des droits sociaux évoquée plus haut qui entre probablement en ligne de compte ici, le peu de réaction de ce jeune devant un droit qui tarde à être ouvert renvoie, au vu de la conversation, à ce qui serait un tempérament passif. En même temps – et ce peut être lié – ce jeune a la possibilité de compter sur sa mère en cas de besoin.

- Une jeune femme a laissé filer le renouvellement de la CMU-C pendant trois ans (entretien n° 173). Au lieu de compléter le dossier comme demandé par la CPAM, elle n'a pas réitéré sa demande. Avec l'obtention en début d'année 2016 du RSA socle, elle a demandé à nouveau la CMU-C. Elle a dû compléter son dossier à la demande de la CPAM. Cela fait trois mois au moment de l'entretien. L'absence de réponse ne semble pas l'inquiéter. Elle attend et fait preuve elle aussi de négligence.

La non réception est une forme courante de non-recours liée au fait que le traitement d'une demande d'ouverture de droit n'est pas épargnée par des aléas qui peuvent dépendre aussi bien des personnes que des institutions. En l'espèce, les deux situations n'indiquent pas de dysfonctionnement du côté des CPAM, mais soulignent la capacité des personnes à accepter des délais de traitement qui peuvent s'étendre. D'une certaine façon, ces situations de non demande, comme d'autres, conduisent à considérer l'importance relative pour des personnes de l'absence de complémentaire santé. Elles

[42] Nous nous appuyons ici sur la recherche en cours pour la DGCS : Philippe WARIN Pierre MAZET, Catherine CHAUVEAUD, Annette CASAGRANDE, « La Lutte contre le non-recours au local. Enquête par questionnaire auprès des CCAS et des Conseils départementaux », op. cit.

amènent à s'interroger sur ce que sont les priorités pour les acteurs qui veulent prévenir le non-recours en général, à la CMU-C en particulier. Autrement dit, dans la complexité du phénomène qu'à nouveau cette étude met en avant, que peut-on retenir pour aider la formulation de priorités d'action ?

Conclusion : Synthèse des résultats

En conclusion de ce rapport d'étude, les principaux résultats de l'enquête quantitative et de l'enquête qualitative peuvent être résumés, avant de proposer une série de commentaires plus généraux sur la prévention du non-recours à la CMU-C.

Avant toute chose, il convient de rappeler que cette étude porte sur une population sans complémentaire santé, éligible à la CMU-C mais qui n'y recourt pas. D'autres travaux, notamment ceux initiés par le Fonds CMU, ont déjà pris en compte cette population. La présente étude a toutefois deux spécificités, qui donnent à ses résultats une partie de leur originalité.

En premier, l'étude porte sur une population socialement et économiquement précaire, et non pas sur une population d'assurés sociaux comme c'est le cas généralement. L'approche de cette population a été possible grâce à la participation de l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme et de la Croix Rouge Française. Ces deux acteurs nationaux ont permis de mobiliser pour la réalisation de l'enquête par questionnaire des structures de formation professionnelle et d'insertion par le travail, mais aussi des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour. Comme indiqué au début du rapport, les personnes en situation de précarité ou de pauvreté constituent une part importante des publics accueillis par ces acteurs locaux. Les résultats obtenus portent ainsi sur une population en situation de précarité ou de pauvreté, qui est celle-là même que la CMU-C (comme d'autres prestations sociales, notamment les minima sociaux) cible en particulier. Autrement dit, la présente étude porte davantage que d'autres sur le public même de la CMU-C. Les explications du non-recours concernent donc au plus près le public potentiel qui ne recourt pas au dispositif, soit environ 1,5 à 3 millions de personnes au regard du taux de non-recours à la CMU-C en métropole estimé en 2014.

En second lieu et grâce à l'implication de l'ANLCI, la présente étude a eu la possibilité de prendre en compte un effectif de personnes sans complémentaire santé, éligible mais non-recourante à la CMU-C, pour lesquelles il est possible de savoir si elles sont ou pas en situation d'illettrisme. Cette particularité a son importance. Dans les travaux sur le non-recours il est souvent fait état de problèmes de connaissance et de compréhension de la CMU-C, mais aussi de difficultés notamment cognitives pour procéder à une demande d'ouverture de droit sinon de renouvellement. En se donnant la possibilité de comparer – à notre connaissance peu d'études l'ont fait – une population en situation d'illettrisme avéré et une population qui ne l'est pas (absence d'illettrisme vérifiée), l'explication courante du non-recours par la complexité des démarches

administratives est discutée d'une façon nouvelle. En effet, l'étude offre la possibilité de questionner l'importance sinon la pertinence de cette explication, en comparant le poids qui lui est donnée selon que les répondants sont ou non en situation d'illettrisme. Cela sera rappelé ci-dessous, mais en l'espèce l'étude montre que la situation d'illettrisme a peu d'effet sur le non-recours par non connaissance, mais joue davantage sur le non-recours par non demande.

1. Synthèse des résultats

L'enquête quantitative porte sur un effectif relativement réduit, puisque 181 personnes ont répondu au questionnaire. Comme cela a été expliqué, la construction et l'administration du questionnaire permettent néanmoins de garantir la significativité statistique des résultats.

Sans revenir ici sur les profils des répondants, il importe cependant de rappeler que l'échantillon constitué présente une caractéristique qui est fréquente chez les populations de non-recourants, à savoir le fait de vivre seul(e). C'est le cas ici pour 78,5 % des répondants ; ce qui est de loin supérieur au niveau constaté dans les études voisines rappelées en début de rapport. Le fait de vivre seul(e) et son corolaire, l'absence d'autrui au foyer qui aide ou motive, sont établis dans la littérature comme un « facteur d'activation » principal du non-recours. Parallèlement, l'échantillon se singularise par sa jeunesse ; ce qui est également loin d'être le cas dans les autres travaux mentionnés plus haut. Ici, le quart des enquêtés ont entre 18 et 25 ans ; c'est même le tiers pour ceux enquêtés dans des structures de formation ou d'insertion. Or comme rappelé dans le rapport, les jeunes sont particulièrement exposés au non-recours. Si bien que, au vu de ces deux caractéristiques (solitude et jeunesse), l'échantillon construit avec le soutien de l'ANCLI et de la CRF paraît particulièrement exposé au phénomène de non-recours.

Par ailleurs, le profil sociodémographique des répondants confirme le bon ciblage de l'enquête sur la population précaire ou pauvre. Une majorité est au chômage et en recherche d'emploi (57 %), déclare des difficultés financières récurrentes (55,9 %), et plus encore est peu autonome dans des démarches administratives (62,7 % ne trouvent pas seuls ou bien difficilement l'information nécessaire ; 62,4 % ont des difficultés ou se font aider pour une démarche administrative).

Pour cet échantillon assurément précaire, l'obtention d'une complémentaire santé n'a donc rien d'évident. Quatre principaux résultats apparaissent :

- **Un non-recours à la CMU-C par non connaissance, mais surtout par non demande.** D'une façon générale, les répondants se scindent en deux groupes : un tiers de l'échantillon ignore ce qu'est la CMU-C (non-recours par non connaissance) et un peu plus de la moitié connaît la CMU-C, et même pour les deux tiers d'entre eux ont pu la demander dans le passé (un non-recours par non demande). Aussi, l'étude conduit-elle à remarquer une dichotomie au sein de la population sans complémentaire santé, éligible mais en non-recours à la CMU-C, entre ceux qui connaissent (souvent par expérience passée) le dispositif et ceux qui ignorent ce dont il s'agit.

- **Des répondants plutôt jeunes qui, souvent, n'ont jamais eu de complémentaire, généralement à défaut de savoir précisément de quoi il s'agit**. En tout, 38,2% des répondants déclarent n'avoir jamais eu de complémentaire santé ; c'est même le cas pour près de la moitié chez les 18-25 ans. Le manque de connaissance et/ou de capacité à utiliser l'information reçue (non-recours par non connaissance) est la principale explication, surtout chez les plus jeunes.

- **Certains répondants ont pu avoir la CMU-C dans le passé, mais bon nombre ne l'ont pas renouvelée.** 36 % des répondants ont demandé la CMU-C dans le passé, et une partie d'entre eux l'a obtenue. Parmi ces derniers, la plupart ne l'ont plus et sont sans complémentaire au moment de l'enquête. Il s'agit notamment d'un non renouvellement (soit un non-recours par non demande) qui s'explique par différentes raisons « volontaires » (ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, éviter des démarches administratives en continu, éviter une complémentaire perçue comme de moindre qualité, se suffire d'une prise en charge à 100 % du fait d'une ALD) ou « involontaires » (être indifférent à sa santé, ne pas pouvoir se lancer dans une démarche du fait d'un état psychologique et/ou de priorités autres)

- **L'illettrisme pèse sur la non demande mais peu sur la non connaissance.** L'illettrisme aggrave le risque de non-recours par non demande du fait que pour les personnes concernées ce n'est pas tant que le dispositif de la CMU-C soit difficile à comprendre, mais plutôt que la démarche administrative pour ouvrir un droit à la CMU-C (comme à d'autres prestations) constitue une véritable épreuve. Dit autrement, le dispositif de la CMU-C ne serait pas d'une complexité telle qu'il produirait davantage de non-recours par non connaissance chez des personnes qui ne parviennent pas à lire ou à comprendre des documents administratifs, ni à écrire pour transmettre des informations simples.

Partant de ces résultats, l'étude conduit à poser la question de la prévention du non-recours à la CMU-C. Entre agir sur la non connaissance ou la non demande, l'intervention n'est pas nécessairement la même. La question se pose également pour chacune des deux formes selon les raisons qui ont pu être précisées lors des entretiens. Par conséquent, que nous dit cette étude sur les motifs d'intervenir, alors même que le traitement du non-recours est poussé sur un nombre croissant d'agendas institutionnels ?

2. Sur la prévention du non-recours à la CMU-C

Les raisons du non-recours par non connaissance et par non demande, précisées au travers des entretiens réalisés auprès de 23 personnes, présentent différents enjeux en termes de prévention. C'est ce que cherche à synthétiser le tableau suivant.

Les enjeux mis en évidence ici sont évidemment à discuter et probablement à compléter. Toutefois cette présentation, même intermédiaire, rend compte de l'ampleur de la tâche pour prévenir le phénomène de non-recours à la CMU-C (comme d'ailleurs à d'autres dispositifs sociaux). La diversité des enjeux de la lutte contre le non-recours a déjà été remarquée pour les politiques sociales. Toutefois, les enjeux portent ici davantage sur les modalités d'action que sur des éléments structurels[43]. Ils renvoient pour l'essentiel à quatre niveaux d'intervention :

- **La communication publique** sur les dispositifs d'Assurance maladie.
- **Le repérage des situations de non-recours par les acteurs opérationnels** (organismes sociaux, services sociaux, associations…), au niveau de leurs publics.
- **L'intervention sociale individualisée** pour informer, orienter, accompagner « ceux qui sont perdus » par rapport à leurs droits, aux démarches à accomplir…, mais aussi pour responsabiliser tout en respectant leur liberté les personnes qui sont à distance de leurs besoins et des conséquences – pour elles-mêmes, leurs proches mais aussi pour la collectivité – de l'absence d'une complémentaire santé.

[43] Philippe Warin, Pierre Mazet, « La lutte contre le non-recours : des enjeux pour la production des politiques sociales », *Regards*, n° 46, septembre 2014, pp. 75-85. Cet article insiste sur trois enjeux structurels : renforcer la légitimité des normes des politiques sociales, sécuriser l'application des droits, démontrer l'efficacité économique des dépenses sociales.

Figure 20 : Raisons du non-recours et enjeux de prévention

Non-recours par non connaissance	
➔ Méconnaitre les dispositifs, à commencer par l'assurance obligatoire et la Carte vitale parfois confondues avec la complémentaire santé. ➔ Être indifférent « aux questions de Sécu ».	Communication publique sur les dispositifs d'Assurance maladie et leur importance pour les ouvrants droit et leurs ayants droit.
➔ Ne pas comprendre sa propre situation.	Actions individualisées d'information, voire d'orientation sinon d'accompagnement vers les Caisses primaires d'Assurance maladie et/ou les organismes complémentaires.
Non-recours par non demande	
A. Raisons « volontaires » : ➔ Eviter la CMU-C perçue comme étant de moindre qualité ; préférence pour une assurance/mutuelle privée quitte à attendre d'en avoir les moyens pour en acquérir une. ➔ Se suffire d'une prise en charge à 100 % du fait d'une ALD, autolimitation du recours à des soins et recherche d'alternatives en cas de besoins hors ALD. ➔ Accorder peu d'importance à la complémentaire santé, la non demande est un choix expliqué par des convictions personnelles, par une négligence assumée.	Communication publique sur les dispositifs d'Assurance maladie, leur qualité et sur leur importance pour les ouvrants droit et leurs ayants droit.
B. Raisons « involontaires » : ➔ Être indifférent à sa santé par « déni des besoins » (le cas des personnes « à la rue », mais pas seulement : voir le processus de désinvestissement et de repli sur soi chez les personnes âgées[44]).	Intervention sociale dans une logique de « l'autoréalisation », qui vise à la fois à motiver la responsabilité de la personne, respecter sa dignité et régler la bonne distance entre ces deux pôles[45].
➔ Ne pas pouvoir se lancer dans une démarche du fait d'une rupture familiale (état psychologique qui rend difficile la réaction immédiate à la perte du statut d'ayant-droit ; les personnes sont plongées dans des urgences – se loger, travailler – et ont pour première priorité d'assumer un minimum vital lorsqu'elles sont sans emploi). ➔ Ne pas se lancer immédiatement dans une demande de CMU-C suite à une rupture professionnelle qui entraîne la perte d'une complémentaire individuelle ou collective. Ici, la non demande est provisoire – car la priorité est de stabiliser la situation sur d'autres plans.	Repérage des situations à risque de non-recours (comme celles relevées dans les entretiens : séparation, perte d'emploi, mais aussi déménagement, endettement…) de façon à éviter des ruptures de droits à la CMU-C.

[44] Dans l'abondante littérature sur le sujet, voir notamment : Philippe THOMAS, Cyril HAZIF THOMAS, Rémy BILLON, S. CHANTOIN, « Démotivation, apathie et dépression chez le sujet âgé », *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, n° 48, septembre 2001, [en ligne].

[45] Pour une présentation synthétique : Isabelle ASTIER, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations Sociales*, n° 152, 2009, pp. 52-58.

Sur ces différents plans, les possibilités d'actions de prévention ne sont pas les mêmes. Les travaux cités au début du rapport, conduits avec l'Assurance maladie sur le renoncement aux soins[46], mais surtout l'expérimentation qui a suivi d'un dispositif de détection du renoncement aux soins et d'action[47], sont parvenus à des constats comparables concernant les enjeux à traiter. Le dispositif en question (Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé – PFIDASS) a permis de mettre en place au local un système partenarial de détection du non-recours aux droits et aux soins. Il associe divers acteurs susceptibles de rencontrer directement des « groupes à risque ». La généralisation en cours de ce dispositif peut ainsi apporter des éléments pour une action concrète et d'ampleur afin de prévenir le non-recours par non demande à la CMU-C. Pareille initiative va dans le sens de la recommandation du Fonds CMU de renforcer les partenariats locaux[48].

En même temps, l'étude montre la nécessité de poursuivre les actions de communication à grande échelle afin de réduire le non-recours par non connaissance. Cela paraît d'autant plus nécessaire du fait du brouillage des messages lié à la « marchandisation » croissante de la santé[49]. Toutefois, si mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours est nécessaire, sachant que l'information en masse des publics a des effets limités pour un coût élevé, d'autres interventions sont à mener en parallèle. À commencer par des actions d'explication ciblées et individualisées, lesquelles ont fait leurs preuves dans des expérimentations régionales[50]. L'intervention de services ou d'acteurs sociaux, administratifs ou médicaux pour informer, orienter, accompagner, mais aussi pour responsabiliser les personnes et les rendre actives par rapport à leur situation, paraît donc essentielle à l'issue de l'enquête par entretiens. La stratégie préventive des conséquences pour soi, ses proches, et pour la collectivité du fait des coûts induits par l'absence de complémentaire santé, trace une perspective d'action importante. Mais elle ne va pas de soi. L'individualisme, que la stratégie préventive sollicite, peut se retourner contre elle ; les oppositions à la vaccination sont une bonne illustration de la difficulté à concilier sécurisation et liberté[51].

Sur ce plan, un constat ressort en particulier sur lequel il peut être nécessaire d'insister en priorité. Il s'agit de l'approche très différenciée du non-recours à la CMU-C par les

[46] Odenore, « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard », op. cit.
Odenore, « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole », op. cit.
[47] Odenore, « La Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins », *Etudes & Recherches*, n° 57, mars 2016, [en ligne]
[48] Fonds CMU, *Rapport d'activité 2015*, 2016, p. 36.
[49] Odenore, « Ce que renoncer aux soins veut dire », Rapport pour l'IRESP, *Etudes & Recherches*, n° 50, novembre 2013, [en ligne].
[50] Philippe WARIN, « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », *Informations Sociale*s, n° 178, 2013-14, pp. 52-62.
[51] Frédéric OROBON, « Les réticences contemporaines vis-à-vis de la vaccination », *Esprit*, n° 426, 2016, pp. 150-161.

acteurs sociaux, comme ici des structures de formation et d'insertion, ou des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour. En effet, les pratiques, mais aussi les postures institutionnelles et professionnelles ne sont pas les mêmes apparemment, malgré les contraintes qui pèsent sur ces acteurs, au-delà même de ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude. On peut bien entendu penser à de nombreux autres acteurs, dont les grandes administrations publiques, comme par exemple l'Education nationale suite à l'étude réalisée en 2014 par l'Odenore pour le Fonds CMU sur l'absence de complémentaire santé chez les étudiants[52].

En l'espèce, la diversité des postures constitue un obstacle et par conséquent en enjeu central pour des actions de prévention. Il s'agit alors de s'interroger sur les possibilités pour parvenir à un engagement effectif et significatif des acteurs opérationnels, publics ou privés, dans la détection des situations de non-recours – à la CMU-C notamment mais pas seulement – à l'entrée des publics dans les dispositifs et tout au long des parcours. Un préalable pourrait être de rendre active sur ce plan les nombreuses conventions qui lient les acteurs opérationnels, publics ou privés, aux organismes qui les habilitent et/ou les financent. Sans oublier pour autant cet autre résultat, particulièrement questionnant, selon lequel le fait de rencontrer parfois un travail social n'a pas d'incidence sur les parcours dans les droits.

Dans la mesure où selon toute vraisemblance la maîtrise du non-recours ne pourra pas se faire au travers d'une simplification généralisée des dispositifs, ni non plus au moyen de seules actions d'information en masse, l'approche préventive du non-recours à la CMU-C a probablement tout intérêt d'être menée au plus près des populations exposées plus que d'autres au non-recours, en particulier les populations précaires ou pauvres.

3. Sur le besoin d'études dites « inclusives »

En même temps, il paraît nécessaire de s'approcher davantage des populations particulièrement vulnérables au non-recours de façon à rechercher au mieux ses raisons pour agir ensuite avec efficacité.

---

[52] Odenore, « L'absence de complémentaire santé chez les étudiants », *Etudes & Recherches*, n° 51, août 2014, [en ligne]. Rappelons que les étudiants inscrits dans une université, avec ou sans complémentaire santé, sont 6,3% à pouvoir être éligibles à la CMU-C, soit potentiellement près de 100 000 étudiants (sans compter ceux inscrits dans les autres types établissements d'enseignement supérieur, publics ou privés,). Les résultats obtenus auprès de 2 300 étudiants de Licence, Master et Doctorat inscrits en 2013-2014 à l'Université de Grenoble indiquent que, parmi les 15,3% qui n'ont pas de complémentaire santé, 22,1% pourraient probablement bénéficier de la CMU-C comme ouvrants-droit dans la mesure où ils semblent remplir l'ensemble des conditions cumulatives d'autonomie financière, résidentielle et fiscale. Ce ne sont cependant pas les seuls, puisque ce peut être aussi le cas de 4,6% de ceux qui disposent d'une complémentaire santé à titre personnel et de 4,5% de ceux qui en ont une mais pas à titre personnel. En même temps, près de 12% des étudiants n'ont pas de complémentaire et ne sont pas éligibles à la CMU-C.

Construire des échantillons de plus grande taille est un objectif nécessaire, en particulier pour obtenir une diversité sociale et géographique permettant d'affiner les comparaisons. Ce n'est pas la seule raison, ni même – du point de vue de l'Odenore – la principale. En effet, on peut avancer, sans être exagérément critique, que ce type d'étude conduit assez largement à reproduire les questionnements habituels. Dans le cas présent, outre la nouveauté en matière de recrutement des enquêtés, la possibilité de relever l'effet des situations d'illettrisme, et l'orientation du questionnaire et des entretiens sur l'autonomie des personnes, le système d'enquête ne présente pas d'originalité particulière. Aussi, il paraîtrait important pour des études suivantes de continuer à varier le mode de recrutement des enquêtés, mais aussi de les associer en amont des enquêtes pour entrevoir les nœuds d'explications à démêler, très probablement à l'intersection des différents rapports sociaux qui trament les trajectoires de vie et les parcours sociaux.

La connaissance des raisons du non-recours à la CMU-C comme à d'autres prestations a en effet besoin d'un renouvellement. Celui-ci peut être envisagé en changeant de posture méthodologique et même scientifique. D'une part, en appliquant la méthode dite de « l'intersectionnalité », apparue aux Etats-Unis dans les années 1990, il serait possible de prendre en compte les différents facteurs qui influent sur un phénomène, dans leur corrélation et leur interdépendance, et d'analyser une dimension supplémentaire qui n'est pas accessible avec l'étude de chaque facteur séparément[53]. D'autre part, en optant pour une recherche inclusive, la priorité scientifique serait donnée au croisement des points de vue, notamment avec ceux des personnes qui vivent les situations de non-recours. Cette posture scientifique évite des erreurs de fait (d'ignorance) et de pensée (dogmatisme)[54]. Elle peut être mise en œuvre tout au long du processus de recherche ou d'étude, de la définition de la question, le choix des objets d'étude, l'élaboration des hypothèses de travail, la sélection des méthodes d'enquête, la production d'informations et leur construction comme données scientifiques, jusqu'au transfert des connaissances produites.

Autrement dit, malgré l'intérêt que l'on peut trouver à des études construites comme ici sur un mode déductif, le renouvellement de la connaissance (pour l'action) sur un phénomène aussi complexe que le non-recours demande très probablement de concevoir une approche qui inclut beaucoup plus les enquêtés eux-mêmes dans la préparation voire dans la réalisation des travaux, afin de renouveler l'appréhension des

[53] L'approche intersectionnelle est en train de renouveler en particulier la sociologie des inégalités sociales de santé. *Cf.* Estelle CARDE, Emmanuelle BERNHEIM, Dominique BERNIER, Nadia GIGIERE, « L'approche intégrée des rapports sociaux inégalitaires : intersectionnalité, inégalités sociales, santé », *Revue du CREMIS*, vol. 8, n° 2, 2015, pp. 22-27 [en ligne].
[54] Edgar MORIN, *L'aventure de la méthode*, Paris, Seuil, 2015.

réalités. Un mouvement se dessine dans ce sens en France comme en Europe[55]. De prochaines études sur le non-recours à la CMU-C ou à d'autres dispositifs auraient probablement intérêt à s'en inspirer.

[55] Au plan national, à la suite d'autres initiatives, ATD Quart Monde, le Conservatoire National des Arts et Métiers et l'Odenore ont lancé un appel à promouvoir et développer des recherches participatives en croisement des savoirs avec des populations vivant en situation de précarité ou de pauvreté. Au plan européen, voir par exemple la prise de position du projet INPROFOOD pour un engagement public en faveur d'une recherche inclusive en matière d'alimentation et de santé.

Annexe 1- Questionnaire

L'enquête s'adresse à des personnes sans complémentaire santé* qui pourraient être éligibles à la CMU complémentaire (CMU-C).

** Complémentaire santé = Mutuelle, Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), assurance complémentaire santé… qui rembourse des frais de santé qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.*

Pour savoir si l'enquête s'adresse à la personne, lui poser ces 3 questions

Avez-vous une complémentaire santé ? NON

Habitez-vous en France depuis plus de 3 mois ? OUI

Avez-vous des ressources mensuelles inférieures à :

Nbre de personnes dans le foyer	1	2	3	4	5	6	7	8
Salaires + allocations + aides	< 720€	< 1 100€	< 1 300€	< 1 500€	< 1 800€	< 2 100€	< 2 400€	< 2 650€

Si la personne remplit les 3 conditions, lui proposer de répondre au questionnaire

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE QUI PASSE LE QUESTIONNAIRE

Q1 – Nom de la structure:

……

Q2 – Localisation [commune – code postal] :

……

Q3 – La structure est-elle :

○ Partenaire de l'ANLCI ○ Centre de la Croix Rouge Française

Q4 – Pour les seuls partenaires de l'ANLCI : La personne est-elle en situation d'illettrisme ?

○ OUI ○ NON

LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Q5 – Pourquoi n'avez-vous pas de complémentaire santé ?
[Laisser la personne répondre : cocher après – Plusieurs réponses possibles]

○ Pas connaissance (je ne sais pas ce que c'est)

○ Pas les moyens financiers (je souhaiterais mais n'en ai pas les moyens)

○ Pas la priorité pour le moment (j'ai d'autres urgences : recherche d'un emploi, logement…)

○ Pris en charge à 100% (je suis pris(e) en charge à 100% par la Sécurité sociale)

○ Pas de besoin (cela ne me servirait à rien, je ne suis jamais malade)

○ Pas d'information (je manque d'information, je ne sais pas où m'adresser)

○ Trop compliqué (je ne sais pas comment faire, je ne comprends pas)

○ Pas le temps (je n'ai pas le temps de faire les démarches)

○ Autre

Q6 – Depuis combien de temps n'avez-vous pas de complémentaire santé ?

○ - d'1 an ○ - de 2 ans ○ + de 2 ans ○ jamais eu de complémentaire

Q7 – Savez-vous ce qu'est la « CMU-C » (couverture maladie universelle complémentaire ?) [Laisser la personne décliner le sigle ou expliquer ce qu'est le dispositif avec ses propres mots…]

○ OUI ○ NON ***(=> Q12)*** ○ Ne sais pas

Q8 – [Si OUI à Q7 : « sait ce qu'est la CMU-C »] Pensez-vous pouvoir bénéficier de la CMU-C ?

○ OUI ○ NON ○ Ne sais pas

Q9 – [Si OUI à Q7 : « sait ce qu'est la CMU-C »] Avez-vous déjà demandé la CMU-C ?
[Laisser la personne répondre : cocher après – 1 seule réponse]

○ OUI et obtenue ***(=> Q10)***

○ OUI, mais on m'a demandé d'autres pièces et je n'ai pas donné suite ***(=> Q12)***

○ OUI, mais mes ressources étaient trop élevées ***(=> Q12)***

○ NON ***(=> Q11)***

Q10 – [Si « OUI et obtenue » à Q9] Pourquoi ne l'avez-vous plus ?
[Laisser la personne répondre : cocher après – Plusieurs réponses possibles]

○ Je n'ai plus le droit à la CMU-C, mes ressources sont supérieures au plafond ***(=> Q12)***

○ Je n'ai pas fait de demande de renouvellement de CMU-C ***(=> Q12)***

○ J'ai eu des difficultés pour obtenir des rendez-vous médicaux du fait d'avoir la CMU-C ***(=> Q12)***

○ Je n'ai plus besoin de CMU-C ***(=> Q12)***

○ Autre ***(=> Q12)***

Q11 – [Si NON à Q9 : « n'a pas demandé la CMU-C »] Pourquoi ne l'avez-vous pas demandée ?
[Laisser la personne répondre : cocher après – Plusieurs réponses possibles]

○ Les démarches sont trop compliquées

○ J'ai d'autres priorités

○ La CMU-C ne prend pas en charge suffisamment mes besoins de soins

○ Avec la CMU-C, je crains que les médecins refusent de me soigner

○ Autre

Q12 – Dans le passé, avez-vous eu une complémentaire santé ou équivalent : laquelle ?
[Laisser la personne répondre : cocher après – 1 seule réponse]

○ OUI, la CMU-C

○ Oui, l'Aide médicale d'Etat (AME)

○ OUI, une complémentaire individuelle privée avec l'Aide au paiement d'une complémentaire (ACS)

○ OUI, une complémentaire individuelle privée sans ACS

○ OUI, une complémentaire d'entreprise

○ NON

○ Ne sais pas

RENONCEMENT/REPORT DE SOINS

Q13 – Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté des soins alors que vous en auriez eu besoin ?

○ OUI, plusieurs fois ○ OUI, à une occasion ○ NON, jamais ***(=> Q16)***

Q14 – A quels types de soins les plus importants pour vous, avez-vous dû renoncer ou reporter ?

[Laisser la personne répondre : cocher après – Plusieurs réponses possibles]

- ○ Consultation d'un généraliste
- ○ Consultation d'un spécialiste
- ○ Consultation d'un dentiste
- ○ Consultation d'un ophtalmologue
- ○ Appareillage (dentaire, lunetterie, …)
- ○ Acte chirurgical
- ○ Achats de médicaments
- ○ Autre

Q15 – [Si « OUI plusieurs fois » ou « Oui à une occasion » à Q13], pour quelles raisons ?

[Laisser la personne répondre : cocher après – Plusieurs réponses possibles]

- ○ Par manque d'argent
- ○ A cause d'un problème d'éloignement ou de difficultés à se déplacer (coût, mobilité…)
- ○ Par manque de temps
- ○ A cause de délais de rendez-vous trop longs
- ○ A cause d'un refus de la part d'un professionnel de santé
- ○ A cause de démarches trop compliquées (trouver un médecin …)
- ○ Par crainte du diagnostic, des soins…
- ○ Par choix personnel
- ○ Par négligence, lassitude
- ○ Autre

Q16 – Avez-vous déjà demandé des aides pour payer vos soins, acheter des médicaments ?

[Laisser la personne répondre : cocher après – Plusieurs réponses possibles]

○ OUI, gratuitement (à des parents, proches…) ○ OUI, en empruntant (parents, proches, banques)

○ Autre ○ NON

PROFIL DE LA PERSONNE INTERROGEE

Q17 – En général, trouvez-vous facilement tout(e) seul(e) les informations qui vous sont nécessaires pour vos démarches administratives ?

○ OUI, facilement ○ OUI, difficilement ○ NON

Q18 – En général, vous débrouillez-vous bien pour les démarches administratives ?

○ OUI, tout(e) seul(e) ○ OUI, avec l'aide d'une personne ○ NON, j'ai des difficultés

Q19 – En cas de besoin, y a t-il dans votre entourage des personnes qui peuvent vous aider pour des démarches administratives ?

○ OUI ○ NON

Q20 – Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

○ OUI ○ NON

Q21 – Quel est votre âge ?

○ 18-25 ans ○ 26-35 ans ○ 36-45 ans ○ 46-55 ans ○ 56-60 ans ○ + de 60 ans

Q22– Actuellement, êtes-vous ?
[Laisser la personne répondre : cocher après – Plusieurs réponses possibles]

○ Actif(ve), c'est-à-dire que vous exercez un emploi

○ A la recherche d'un emploi, au chômage

○ Au RSA socle

○ Au RSA activité

○ En formation

○ Elève, étudiant

○ En invalidité

○ Retraité

○ Autre

Q23 – Actuellement, diriez-vous que financièrement :
[Indiquer les réponses – 1 seule réponse]

○ Vous n'avez pas de problèmes particuliers ○ C'est juste, il faut faire attention

○ Vous avez du mal à y arriver ○ Vous n'y arrivez plus

Q24 – Quelle est votre situation familiale ?

○ Seul(e) ○ En couple

Q25 – Pouvez-vous me rappeler si vous avez des enfants à charge ?

○ NON ○ 1 ○ 2○ ○ ○4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 8

Q26 – [A cocher directement] **La personne est :**

○ Un homme ○ Une femme

OPTIONNEL

Si l'enquête se poursuit par des entretiens téléphoniques, accepteriez-vous d'y participer ?

○ OUI ○ NON

Si OUI, un enquêteur / enquêtrice pourra vous contacter par téléphone.
Votre numéro de téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Ce n° de téléphone ne sera en aucun divulgué et servira à l'unique besoin de cette enquête.

Commentaire libre :

Annexe 2 – Fiche d'identification

LA PERSONNE REFERENTE

Nom :
……
Prénom :
……
Fonction :
……
Mail :
……
Téléphone :
……

LA STRUCTURE / SERVICE

Non de la structure / Centre :
……..
Champ d'activité : Santé, alimentaire, formation, (à préciser)
……

Réseau ANLCI ☐ **Centre de la Croix Rouge Française** ☐

Statut : Public ☐ Privé ☐

Date de création : ...../……/……

Nombre de salariés : ☐

Equivalent temps plein : ☐

Nombre de bénévoles : ☐

Territoire d'intervention : Urbain ☐ Rural ☐ Rurbain ☐

Age du public accueilli :

< à 15 ans ☐ 15-25 ans ☐ 26-45 ans ☐ 46-60 ans ☐ + 60 ans ☐

Nombre de personnes accueillies / an : ☐

Annexe 3 : Courrier d'accompagnement

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de participer à la réalisation de l'enquête « **Absence de complémentaire santé – Accès à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire** » menée pour le Fonds CMU en lien avec l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme.

Comme convenu, nous vous adressons le nombre de questionnaires que vous avez proposé de remplir avec les personnes que vous accompagnez et qui correspondent aux critères de l'enquête, c'est-à-dire des personnes :

- ✓ qui déclarent ne pas avoir de complémentaire,
- ✓ qui résident en France depuis 3 mois au moins,
- ✓ qui ont des ressources mensuelles (salaires + allocations + aides) inférieures à un certain niveau selon le nombre de personnes dans le ménage.

Exemples : si la personne est seule (1 personne dans le ménage), ses ressources doivent être inférieures à 720 € pour être éligible à la CMU-C ; si la personne vit en couple ou est seule avec 1 enfant (2 personnes dans le ménage), ses ressources doivent être inférieures à 1 100 € ; etc.

Des personnes sont en situation d'illettrisme, d'autres pas. Vous aurez à le noter (Question 4). Dans la mesure du possible, essayer de passer le questionnaire à des personnes appartenant à l'un et à l'autre des deux groupes.

Selon les réponses données par les personnes, vous n'aurez pas à poser toutes les questions. Par exemple, si la personne répond NON à la Question 7, vous lui poserez directement la Question 12 (sans poser Q8, Q9, Q10 et Q11).

Le remplissage des questionnaires peut commencer dès réception de cet envoi.

Vous avez jusqu'au **18 décembre** pour faire remplir le questionnaire. Si besoin d'un délai supplémentaire, merci de nous contacter.

Dès les questionnaires remplis, merci de nous les retourner sans tarder en utilisant l'enveloppe affranchie à l'adresse de l'Odenore.

N'hésitez surtout pas à nous contacter en cas de besoin. Comme convenu, nous vous adresserons les résultats de l'étude.

En vous remerciant vivement pour votre collaboration, nous vous saluons très cordialement,

Catherine Chauveaud, 04 76 82 73 09 – cchauveaud.odenore@msh-alpes.fr
Philippe Warin, 04 76 82 73 17 – philippe.warin@sciencespo-grenoble.fr

Annexe 4 : Résumés des 23 entretiens

Les numéros correspondent aux numéros des questionnaires.

---

1. **(entretien réalisé le 22/03/2016)** M pense avoir eu une CS quand il était chez ses parents. Il lui reste la mutuelle qu'il avait quand il était étudiant, mais ne fonctionne plus alors qu'il est en formation professionnelle. Il n'a pas de Carte vitale non plus. Il a engagé une démarche auprès de sa CPAM mais elle n'a pas abouti. Il n'a pas refait de démarche. Il convient que cela peut lui nuire, mais dit qu'il n'a plus le temps depuis qu'il est en formation. Mais indique que cela devrait être temporaire. Si tout pouvait se faire par mail, sans se déplacer, ce serait mieux. Il ne connait toujours pas la CMUC, ni le sigle, ni ce que c'est (l'enquêteur lui explique). Selon les revenus du couple (< 1100€) il devrait pouvoir bénéficier de la CMUC. Pour lui, c'est déjà compliqué d'avoir la SS de base, apparemment il sait pourtant ce qu'il doit faire, mais il a d'autres priorités avec sa formation, et pas le temps. Il sait que même avec une CS, les prises en charge peuvent être partielles (il prend le cas d'un cousin qui n'a pas pu se faire soigner complètement alors qu'il dispose d'une mutuelle). Lui sait qu'avec leurs faibles revenus, il ne pourra se faire soigner, si les frais ne sont pas pris en charge. M est sans emploi.

---

23. **(entretien réalisé le 22/03/2016)** M a juste sa Carte vitale. Dans l'échange, il confond CV et CMU-C. Il ne sait pas ce qu'est la CMU-C. Pourtant il est en dessous des 720€ avec l'allocation chômage et peut être éligible à la CMU-C. Il utilise sa CV, et parle d'un « 100 % » sans pouvoir dire si un droit est ouvert à l'affectation longue durée (ALD). Difficile pour lui en tant qu'étranger, difficultés à parler. Il a pourtant le temps de faire les démarches, mais ne sait pas où se trouve la CPAM. Ne connait pas la CMU-C, ni le sigle (l'enquêteur lui conseille de demander de l'aide auprès de son centre de formation, M dit que c'est ce qu'il va faire).

---

26. **(entretien réalisé le 22/03/2016)** Mme a sa Carte vitale, mais fonctionne avec celle de son père. Parle difficilement le français. Connait la CMU-C de nom, mais ne peut ni détailler le sigle, ni expliquer l'essentiel. Ne rencontre pas de TS pour lui expliquer et l'aider à obtenir la CMU-C. Elle fait des avances de frais quand elle va en pharmacie par exemple ; et ne sait pas si cette somme lui est remboursée. Mme assume ces frais ; elle travaille et reçoit le RSA activité. Son père travaille également et gagnerait plus de 1100€ par mois. Elle pense que son cousin a la CMU-C, mais il n'est pas sur place et ne peut pas se faire expliquer les choses.

29. **(entretien réalisé le 22/03/2016)** M est sans emploi, en formation (d'insertion). Dit d'emblée qu'il a la CMU-C, mais M confond CMU de base (son cas). Ne sait pas ce qu'est la CMU-C même si M en a entendu parler. Ni entourage pour l'aider, ni travailleur social pour le suivre, M est manifestement perdu. Il ne sait pas quelle est sa situation et ni comment s'informer.

30. (entretien réalisé le 22/03/2016) M et Mme ont la CMU-C au moment de l'entretien (lui comme ouvrant-droit). L'ouverture du droit s'est faite consécutivement à l'enquête par questionnaire. Celle-ci s'est faite à l'entrée en stage de formation de M. ; l'enquête a été couplée à l'entretien évaluatif. La structure a accompagné M à la CPAM. Apparemment 1ère fois que ce couple a été pris en charge par un travailleur social. Ne savait pas ce qu'est la CMU-C ni non plus ce qu'est une complémentaire santé. M est allocataire du RSA socle.

57. (entretien réalisé le 24/03/2016) Mme n'avait plus de complémentaire santé individuelle privée au moment du passage du questionnaire. Elle venait d'être radiée pour des mensualités en retard de paiement. Pourtant, elle était éligible à la CMU-C qu'elle connait et sait décrire. Mais non-recours par choix d'une « meilleure couverture santé ». Au moment de l'entretien, Mme a de nouveau une complémentaire santé grâce à l'ACS (70€ de prise en charge, reste à charge 71€ et quand elle va accoucher elle devra payer 100€ pour elle et ses 2 enfants). Mme travaille et a obtenu la Prime d'activité (ex RSA activité et PPE), le passage a ce nouveau dispositif s'est bien fait, mais elle a quand même perdu 150€ de revenus). A part ce problème de retard de paiement, elle a toujours eu une CS privée par choix, avec (depuis février 2016) ou sans ACS. Elle a peu de revenu, et en aura encore moins dans quelques mois. Donc elle sera amenée à faire une demande de CMU-C (indispensable malgré tout) et espère pouvoir en bénéficier.

61. (entretien réalisé le 13/04/2016) M est sans complémentaire santé depuis 13 ans mais connait la CMU-C qu'il sait décrire. Pas de problème pour lui car n'a jamais dû faire d'avances de frais au-delà des soins pris en charge par la reconnaissance d'ALD. M se contente de cette situation ; personne ne l'a incité à demander la CMU-C, alors qu'il déclare rencontrer parfois une assistante sociale. M est au chômage. Et l'ouverture de la CMU-C pourrait l'exonérer de la participation financière de 1 euro et de la franchise médicale.

---

63. (entretien réalisé le 30/03/2016) M et Mme n'ont pas de complémentaire santé privée depuis 4 ans (coûts et autres priorités, notamment remboursements de crédits). Sans besoin de soins, le couple ne voit pas la nécessité d'une CS. Mme (enquêtée) connaît de nom la CMU-C et comprend son fonctionnement, mais ne voit pas la nécessité d'en faire la demande (poids de préjugés, préférence pour une CS privée). Pas de proche ni de travailleurs sociaux (peu rencontrés) pour inciter le couple à se préserver en ouvrant un droit à la CMU-C. M est au chômage, Mme ne travaille pas.

---

81. (entretien réalisé le 30/03/2016) Mme a 2 jeunes enfants à charge. Au chômage au moment de l'entretien et éligible à la CMU-C. Elle a eu la CMU-C dans le passé ; de facto Mme sait ce dont il s'agit. Mais n'a plus été éligible lorsqu'elle a travaillé à temps plein (alors une complémentaire individuelle privée). A eu une période à la rue. Depuis est suivie par une assistante sociale. Au chômage, vit actuellement en CHRS. Son souci est qu'elle n'a jamais les mêmes revenus et donc peut perdre la possibilité de la CMU-C. Apparemment pas guidée pour accéder à une complémentaire gratuite ou aidée. (Situation étonnante, étant donné le suivi social indiqué). Sans complémentaire depuis moins d'un an.

---

84. (entretien réalisé le 30/03/2016) M est allocataire du RSA socle depuis 2 mois après avoir été 1 an au chômage. Avant le début du chômage M était ayant-droit sur la CMU-C de sa mère, mais maintenant ne sait plus ce qu'il a ou n'a pas. N'est manifestement pas informé et en tout cas pas au fait du tout de sa situation. Rarement malade, se soigne par automédication. Si trop grave, ira aux urgences. Ne sait pas qu'avec le RSA socle, il pourrait avoir accès la CMU-C. N'a jamais eu de complémentaire santé comme ouvrant-droit.

---

86. (entretien réalisé le 30/03/2016) M a été à la rue durant 5 ans. Il a connu la CMU-C comme ayant-droit de sa mère. Il travaille de différents petits boulots déclarés ou pas, notamment pour pouvoir rembourser des dettes. Pas le temps de penser à sa santé et aux démarches car toujours engagé dans de nombreux projets. Mais il a fait depuis le questionnaire une demande de CMU-C. En attente de réponse. Importante pour lui car souhaite engager des soins dentaires avant de s'engager dans l'Armée. Ce projet (« du moment ») l'a conduit à faire une demande de CMU-C. M n'a jamais eu de complémentaire santé.

103. (entretien réalisé le 30/03/2016) Mme a perdu son statut d'ayant-droit de la complémentaire santé collective de son mari à leur séparation. Acceptant l'aide d'une assistante sociale de secteur après avoir épuisé toutes ses ressources, Mme a engagé différentes démarches pour ses droits et pour son insertion professionnelle. Réticente à la CMU-C qu'elle connaissait mais qu'elle ne considérait pas comme une « complémentaire santé valable » ou bien comme « faite pour les pauvres », elle a accepté d'engager une demande, complémentaire à celle du RSA socle (qu'elle a dû également vu sa situation). Une demande de CMU-C est en cours, concomitante à son entrée récente en stage de formation professionnalisante. Maintenant, la CMU-C lui paraît comme une évidence et non plus comme « une sorte de déshonneur », notamment du fait de suivis médicaux qu'elle doit observer. Elle sera restée plus de deux ans sans complémentaire santé si sa demande de CMU-C aboutit sous peu.

105. (entretien réalisé le 4/04/2016) M est sans complémentaire santé mais connaît l'existence de la CMU-C qu'il sait décrire (M est identifié en situation d'illettrisme). Mais ne cherche pas à ouvrir un droit à la CMU-C, non à cause de réticence mais par détachement vis-à-vis des questions de protection ou d'assurance (plutôt mis en avant que ses possibles difficultés à réaliser des démarches administratives). Considère qu'il s'agit d'une possibilité qui doit correspondre à un besoin. Or M n'estime pas avoir besoin de la CMU-C ou d'une autre complémentaire aujourd'hui ; mais ne ferme pas la possibilité pour plus tard. Personne ne le pousse à ouvrir un droit à la CMU-C, ni dans son entourage personnel (apparemment réduit), ni dans le cadre de sa formation en cours. M n'a jamais eu de complémentaire santé. L'entretien confirme implicitement que M n'est pas autonome dans ses démarches administratives ; soit une raison de non-recours que M n'a pas mis en avant lors de l'échange.

110. (entretien réalisé le 13/04/2016) M a eu une trajectoire de vie chaotique (a vécu longtemps à la rue). Aidé pour sortir de cette situation M est revenu progressivement vers des structures de stabilisation et leurs services sociaux. En lien avec l'entrée récente dans une formation d'insertion, M a engagé depuis le questionnaire une demande d'ouverture de droit à la CMU-C, soutenu par la structure mais aussi son assistante sociale. Jusque là M n'a jamais eu de complémentaire santé. M connaissait la CMU-C et d'autres droits possibles pour lui, qu'il ne voulait demander auparavant. Aucun préjugé négatif vis-à-vis de la CMU-C ou des minima sociaux ; simplement « ce n'est pas dans le monde de la rue ».

114. (entretien réalisé le 04/04/2016) Mme a eu la CMU-C dans le passé, l'a même renouvelée 2 fois sans problème. Mais suite à une rupture affective, forte dépression, repli sur soi. Situation d'abandon. A vécu un an et demi sans CMU-C alors qu'elle était toujours éligible. S'est soignée comme elle a pu, même avec des spécialistes qui lui ont fait « une fleur ». Le retour progressif « à la normale », a conduit Mme à réenclencher d'abord un processus d'insertion professionnelle et recourt à ses droits ; ouverture en cours d'un droit à la CMU-C. Cela fait plus d'un an qu'elle est sans complémentaire santé.

115. (entretien réalisé le 04/04/2016) Mme n'avait pas la CMUC au moment du questionnaire. A perdu son statut d'ayant-droit après une séparation. Alors perdue dans sa situation administrative, « perdue dans [mes] droits », sans soutien ni aide. Mme connaissait la CMU-C, mais était incapable de faire une démarche administrative. Dans la structure d'insertion qu'elle a rejointe, une personne l'a guidée pour le remplir le questionnaire et a saisi l'occasion pour l'encourager à entreprendre une démarche. Soutenue, Mme a fait une demande de CMU-C. En 3 semaines / 1 mois elle l'a obtenue. Aucun problème pour l'instant, pour elle et son fils. Mme sera restée moins d'un an sans complémentaire santé.

118. (entretien réalisé le 13/04/2016) Mme avait la CMU-C mais l'a perdue du fait de revenus qui ont augmenté. Par négligence mais aussi du fait de n'être jamais malade, Mme n'a pas cherché à obtenir une complémentaire santé et d'examiner son droit à l'ACS. Or du fait d'une nouvelle perte d'emploi, Mme s'est dirigée vers structure de formation (stage de reconversion professionnelle) ; l'entrée en formation l'a conduite à redemander la CMU-C. Celle-ci a été obtenue depuis le passage du questionnaire. Mme sera restée plus de 3 ans sans complémentaire santé. A noter que cet entretien, comme d'autres, signale des hésitations entre CMU de base et CMU-C, et finalement sur la fonction d'une complémentaire santé.

124. (entretien réalisé le 05/04/2016) Avant M et Mme était tous les 2 sur la complémentaire santé de Mme. Maintenant séparés. M a vu une assistante sociale pour une aide financière d'urgence ; celle-ci lui a signalé par ailleurs sa possibilité alors d'ouvrir un droit la CMU-C. Autres préoccupations (revenu minimum, hébergement, travail). N'a pas de préjugé contre la CMU-C, plutôt même une représentation positive (argumentée sur son niveau de prise en charge), mais M doit stabiliser sa situation sur d'autres plans, même s'il considère qu'ouvrir un droit à la CMU-C n'est pas le plus

compliqué. L'ordre de priorités que M se fixe, reporte cette démarche qu'il dit pouvoir maîtriser. M est sans complémentaire depuis plus d'un an.

---

167. (entretien réalisé le 04/04/2016) Au moment du questionnaire, M n'avait pas de complémentaire santé alors qu'il avait eu jusqu'à peu une mutuelle d'entreprise, avant de perdre son emploi. Dans le passé, M a eu la CMU-C et n'a jamais rencontré de problème. Point de vue positif sur la CMU-C. Et bonne connaissance apparente des prestations et aides sociales. Maintenant au RSA socle, il indique au moment de l'entretien faire très prochainement une demande de CMU-C avec son assistante sociale qui l'a aussi dirigé vers une structure de formation. Dans ce cas, M sera resté plus de 2 ans sans complémentaire santé, d'abord préoccupé par sa situation professionnelle, reléguant la santé au second plan (également pour des raisons financières).

---

168. (entretien réalisé le 06/04/2016) M est ayant-droit de sa mère sur la Mutuelle Générale, fonctionnaire de la Justice. En décembre 2014, il a fait une demande de RSA socle + demande de CMU-C (simplifiée car au RSA). Pour l'instant n'a pas vu de médecins et ne sait pas si son droit à la CMU-C est ouvert ou pas. Pas reçu d'attestation, et n'a rien demandé. Apparemment, personne dans la structure de formation ne s'est inquiété de sa situation par rapport à la complémentaire santé (le questionnaire d'enquête lui a été remis ; M l'a rempli seul). M est sans complémentaire santé depuis plus d'un an.

---

169. (entretien réalisé le 13/04/2016) Mme a la CMU de base depuis 2005, mais n'a jamais eu de complémentaire santé. Elle ne sait pas ce que c'est et semble le découvrir lors de l'entretien. Mme a entre 46 et 55 ans et a toujours vécu seule, sans aide des proches. Confusion entre CMU et CMU-C qu'elle croit avoir mais qu'elle n'a pas. Difficulté à comprendre la différence, et ce qu'est une complémentaire santé. En formation d'insertion, personne ne s'est inquiété de sa situation, même lors du passage du questionnaire où, selon elle, sa situation avait été vérifiée préalablement par la structure. Peu malade, n'a pas eu l'occasion de comprendre par les restes à charge élevés le fait qu'elle n'a pas de complémentaire.

---

173. (entretien réalisé le 13/04/2016) Mme connait la CMU-C. Elle l'a déjà eue. Puis un problème pour son renouvellement et du coup a laissé filer sans réitérer sa demande. Cela fait 3 ans. Elle est allocataire du RSA socle depuis janvier 2016. En même temps, a fait sa demande de CMU-C. Depuis le questionnaire passé trois mois auparavant, la CPAM lui a redemandé des pièces pour sa demande. Au moment de l'entretien, Mme ne

sait pas si son droit est ouvert. Elle voudrait le savoir car elle doit engager des soins dentaires. Elle s'inquiète du temps de réponse.

---

175. (entretien réalisé le 05/04/2016) M est en couple avec une personne qui allocataire de l'AAH. M. n'a pas eu droit au RSA, moins de 25 ans. N'a pas non plus d'allocation chômage car n'a pas travaillé assez d'heures. Fait quelques petites missions de temps en temps. Dans le passé a eu des droits ouverts à la CMU-C pendant trois mois. Puis des revenus plus élevés à un moment l'en ont privé. Cela fait 4 ans qu'il est sans complémentaire santé. Depuis, ses revenus ont baissé et il serait selon lui de nouveau éligible. Pourtant M. ne cherche pas à renouveler sa demande. Pas malade, ou en cas de besoin s'abstient de consulter. Du fait de revenus fluctuants, M préfère ne pas s'engager dans un cycle d'entrée et sortie de la CMU-C. Ni non plus d'alternance entre CMU-C et complémentaire aidée (ACS), qu'il sait aussi expliquer. Pour lui, cela est « une usine à gaz pas adaptée du tout aux situations qui évoluent rapidement ». Situation pesante qu'il espère stabiliser. M ne sait pas non plus qu'il pourrait être ayant-droit de sa compagne, ni celle-ci d'après lui.