Le « non-recours » à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : un phénomène qui travaille l'institution

Héléna REVIL [1]

Depuis quelques années, le non-recours, à savoir le fait que des personnes ne bénéficient pas des droits ou des offres publiques auxquels elles peuvent prétendre (Warin, 2010), fait l'objet d'une attention croissante en France. La lutte contre le non-recours est notamment inscrite parmi les objectifs stratégiques de la branche maladie de la Sécurité sociale. Le déploiement par l'institution d'une politique en la matière ne va toutefois pas de soi. La mise en œuvre d'actions visant à limiter et à prévenir le phénomène interroge en effet les organismes d'Assurance maladie dans leurs principes d'action les plus fondamentaux et dans leur rapport aux publics. Elle questionne en parallèle les compétences des agents et l'organisation du travail pensées pour mettre en œuvre des droits de nature initialement assurantielle. Cet article revient sur le processus de mise à l'agenda du non-recours à la couverture maladie universelle (CMU) et s'intéresse à la manière dont le phénomène « travaille » l'Assurance maladie.

Le non-recours, à savoir le fait que des personnes ne bénéficient pas des droits ou des offres publiques auxquels elles peuvent prétendre (Warin, 2010), fait l'objet, depuis quelques années, d'une attention croissante en France. Si « l'écart entre la volonté d'accès de tous aux droits sociaux fondamentaux et l'effectivité de cet accès a sans doute toujours plus ou moins existé, ce qui a changé, c'est l'ampleur prise en France par le phénomène et le fait que des acteurs divers (caisses de Sécurité sociale, collectivités territoriales, associations, professionnels de santé…) cherchent désormais

1. Docteure en science politique, chercheure associée au Laboratoire « Politiques publiques, Action politique et Territoires » (Pacte/CNRS) et à l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore).

à en tenir compte et à mettre en place des actions pour le limiter et/ou le prévenir » [2]. Depuis 2010, la lutte contre le non-recours aux droits fait par exemple partie des objectifs stratégiques de la branche maladie de la Sécurité sociale, en particulier s'agissant des prestations de la couverture maladie universelle (CMU). Pour autant, les actions visant à traiter les difficultés d'accès aux droits peinent à voir effectivement le jour au sein de l'institution et à se pérenniser sur le long terme.

D'après la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Il suppose notamment de pouvoir accéder à des soins et de pouvoir financer les traitements et autres actes médicaux. En France, ce droit est au fondement de la création de l'Assurance maladie mise en place après la Seconde Guerre mondiale. La mission principale de cette institution, constituée d'une caisse nationale – la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) – et d'un réseau d'organismes locaux – les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) – est de verser à ses ressortissants des prestations en nature correspondant au remboursement de leurs frais de santé et des prestations en espèces pour compenser la perte de revenu en cas de cessation de l'activité professionnelle pour des raisons de santé. Le système de protection maladie a originellement été construit selon une logique assurantielle, à vocation universelle : les personnes qui travaillent cotisent pour bénéficier et faire bénéficier leurs ayants droit d'une protection contre le risque maladie. Chacun contribue selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins, à travers un mécanisme de solidarité horizontale entre malades et bien portants (Revil, 2014b).

Dès les années 1970 cependant, ce système a rencontré des limites financières. La croissance du nombre de chômeurs et la baisse du taux d'emploi ont réduit le montant des cotisations, alors que les dépenses de soins n'ont fait qu'augmenter durant la seconde moitié du XX^{e} siècle. La maîtrise des dépenses est progressivement devenue indispensable et les pouvoirs publics ont pris des mesures de régulation en tentant d'agir sur l'offre et la demande de soins (Palier, 2002). S'agissant de ce dernier point, ils ont augmenté la participation financière des patients aux frais de santé, en particulier pour les soins dits courants (Tabuteau, 2010). Ces mesures n'ont toutefois pas eu l'effet escompté en ce qui concerne la maîtrise des dépenses de santé ; les personnes disposant de revenus suffisants ont en effet souscrit un contrat auprès d'un organisme complémentaire pour bénéficier du remboursement de leurs restes à charge. Des millions de personnes n'ayant que peu de revenus n'ont en revanche pas pu accéder à une telle protection. Les mesures de régulation des dépenses par une action sur

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

la demande de soins ont ainsi induit une augmentation forte des inégalités financières d'accès aux soins en France.

Au début des années 1980, les pouvoirs publics ont tenté d'apporter une réponse à ces difficultés. L'aide médicale départementale (AMD) a été mise en place en 1983. Complexe d'accès et proposant des prestations très inégalitaires d'un département à l'autre (Ruault, 2000), l'AMD a été rapidement critiquée. La Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé, en concertation avec les différents acteurs de la protection maladie et les associations œuvrant pour renforcer l'accès aux soins, s'est alors efforcée d'élaborer un dispositif plus homogène sur l'ensemble du territoire français. La couverture maladie universelle (CMU) est le fruit de ces réflexions ; votée en 1999 et mise en application en 2000, elle est constituée de deux volets. La couverture maladie universelle de base (CMU B) permet l'accès à l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) ouvre droit, sous conditions de ressources et sur critère de résidence, à une protection complémentaire santé gratuite. Créée en 2004, l'aide complémentaire santé (ACS) consiste quant à elle en une aide financière pour financer une complémentaire santé individuelle. Elle a vocation à limiter l'effet de seuil de la CMU C. La gestion de l'ensemble de ces dispositifs de type assistanciel a été confiée aux CPAM.

En créant ces droits non contributifs, financés par l'État, par des taxes de diverses natures et par les organismes complémentaires (OC) (Fonds CMU, 2011), il s'est agi d'améliorer l'accès des populations démunies à une complémentaire santé et de faire en sorte qu'elles ne renoncent pas à se faire soigner pour des raisons financières. Il est d'ailleurs important de préciser que la loi afférente à la CMU a été votée dans le sillage d'un autre texte législatif majeur, plaçant en son cœur l'exigence de rendre effectifs les droits fondamentaux : la loi relative à la lutte contre l'exclusion de 1998, dont l'article 1er pointe la nécessité « de garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, tels que l'emploi, le logement, la protection de la santé et les soins, l'éducation et la culture ». Bien que symbole de l'universalisation de l'accès à la protection de la santé en France, la CMU C et l'ACS n'en restent pas moins des dispositifs qui relèvent du ciblage, technique consistant à concentrer les budgets sociaux sur ceux qui en ont le plus besoin. Or le ciblage de la protection sociale peut avoir des conséquences paradoxales ; en définissant tout un ensemble de critères pour délimiter la cible d'un dispositif de protection, il complexifie l'accès aux droits des populations potentiellement éligibles. Il induit également une forme de stigmatisation découlant du processus de désignation de cibles (Handler, Hollingsworth, 1969). En ce sens, les dispositifs ciblés sont plus

exposés au non-recours aux droits que les prestations de type assurantiel (Millar, Cooke, 1984 ; Hernanz, Malherbet, Pellizzari, 2004).

Le non-recours aux dispositifs de la complémentaire gratuite – CMU C – ou aidée – ACS – n'a pourtant, pendant plusieurs années, fait l'objet d'aucune attention particulière de la part des acteurs de l'Assurance maladie. Sa mise à l'agenda administratif a été lente et a résulté d'un processus qui a en particulier permis de construire de la connaissance sur ce phénomène invisible (I). Même si la lutte contre le non-recours est désormais inscrite dans les documents de pilotage de la branche maladie de la Sécurité sociale, la mise en œuvre d'une véritable politique en la matière ne va pas de soi. Le phénomène interroge en effet l'institution dans ses principes d'action les plus fondamentaux, dans son rapport aux publics et questionne en parallèle les compétences des agents et l'organisation du travail pensées pour

Encadré

Point méthodologique

Ce texte prend appui sur une thèse de science politique (Revil, 2014a). Dans son cadre, nous avons cherché à comprendre l'émergence d'un intérêt en France pour le non-recours à la complémentaire publique et les conséquences de la mise à l'agenda de cette problématique. Nous avons plus particulièrement cherché à décrypter le rôle dans la problématisation du non-recours des outils informatiques créés pour « donner à voir » le phénomène, caractérisé par son invisibilité. Dans cette optique, nous avons mené un travail d'observation participante de plus de deux ans au sein de l'Assurance maladie et réalisé des entretiens qualitatifs avec des acteurs en position de responsabilité dans ce champ de la protection sociale. Pour mener cette recherche, nous avons été intégrée à l'équipe de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore).

Rattaché à l'Institut d'études politiques (IEP) de Grenoble et intégré à son laboratoire de recherche Politiques publiques, Action politique, Territoires (Pacte), l'Odenore a été créé en 2003, suite à la réalisation d'une recherche sur le non-recours aux services de l'État commanditée par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP). Il s'agissait par la création d'un observatoire de rassembler et de construire des données chiffrées et compréhensives sur les situations de non-recours aux offres publiques, droits et services. L'observatoire s'est positionné dès le départ dans un programme de recherche sur les usagers des services publics et les ressortissants de l'action publique, développé par le Centre d'études et de recherche sur l'administration et le territoire (Cerat), désormais Pacte. Il a parallèlement développé ses travaux scientifiques dans une interaction permanente avec divers partenaires socioéconomiques (Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), caisses de Sécurité sociale, conseils généraux, communes, administrations déconcentrées de l'État, médiateur de la République, Fonds CMU, acteurs sanitaires, acteurs associatifs…).

mettre en œuvre des droits de nature initialement assurantielle (II). Par quel processus le non-recours à la CMU est-il devenu un sujet de préoccupation pour l'Assurance maladie et dans quelle mesure cette mise à l'agenda vient-elle travailler les organismes de la branche ? C'est à cette double question que nous souhaitons répondre dans ce texte.

I. Le lent processus de mise à l'agenda du non-recours à la couverture maladie universelle

« Tout fait social, toute question peut potentiellement devenir un "problème public", s'il est constitué par l'action volontariste de divers opérateurs […], comme une situation problématique devant être mise en débat et recevoir des réponses en termes d'action publique » (François, Neveu, 1999). Aucune question ne constitue un problème public *a priori*, et aucun problème public ne l'est par essence. Selon Vincent Dubois, sociologue et politiste, on retrouve régulièrement trois conditions pour qu'une question se problématise et existe socialement (Dubois, 2009). La première de ces conditions est de l'ordre de la connaissance. En ce sens, il est, d'après lui, nécessaire de disposer à propos d'une question ou d'un phénomène d'informations et de cadres pour les interpréter. Ceci afin de stabiliser des représentations et de définir progressivement au regard de quelles normes sociales le phénomène est problématique. On est là face à la seconde condition (Dubois, 2009). Une troisième condition, qui est finalement présente dans les deux précédentes, se trouve dans la mobilisation d'acteurs pour que le problème devienne public (Dubois, 2009).

Ces trois conditions sont particulièrement intéressantes s'agissant du non-recours à la complémentaire : le phénomène tend en effet à demeurer dans l'ombre tant qu'un effort de connaissance n'est pas fait pour le rendre visible. De manière générale, le non-recours aux droits se caractérise par une forme d'invisibilité et n'est pas directement observable (Revil, 2008). S'agissant de la CMU, il est en outre largement masqué par certains fonctionnements administratifs des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), gestionnaires des droits à la CMU, par leur posture « d'attente » de l'assuré et de réponse exclusive à sa demande notamment, et par leurs logiques d'action productives visant prioritairement à limiter l'attente des assurés et à permettre une liquidation rapide des remboursements et des droits (Weller, 2010). Nous allons voir dans cette première partie que le processus de mise à l'agenda du non-recours à la CMU relève initialement de l'investissement de quelques acteurs extérieurs à la branche maladie, acteurs administratifs et scientifiques, qui s'associent pour produire de la connaissance sur le phénomène. C'est notamment la production de taux de non-recours qui amène ensuite les dirigeants d'une caisse primaire à

se positionner sur le sujet et à en percevoir la dimension problématique concernant l'accès aux soins des populations ayant de faibles ressources. Une dynamique interne à l'Assurance maladie s'enclenche alors pour élaborer des outils expérimentaux de détection des non-recourants à partir des registres administratifs informatiques afin de disposer d'une « porte d'entrée » vers ces personnes et de tenter de mettre en place des actions pour les rapprocher de leurs droits.

I.1. Un phénomène initialement ignoré par l'Assurance maladie

Durant les premières années de mise en œuvre de la CMU, l'Assurance maladie se préoccupe très peu du non-recours, qu'elle perçoit comme une critique potentielle de sa manière de gérer les droits à la complémentaire gratuite et aidée, alors même que l'effort fait par les organismes de l'Assurance maladie pour mettre sur pied la gestion de ces dispositifs a été important (Igas, 2001). La mise en application de la loi afférente à la couverture maladie universelle les a en effet obligés à réorganiser profondément leur organisation du travail pour créer des services dédiés à la CMU et/ou consacrer une partie de leurs effectifs à la liquidation des droits assistanciels. Même si un nombre important de CPAM avaient déjà, par le passé, obtenu une délégation de la part des départements pour gérer l'aide médicale départementale (AMD) (Boisguérin, Bonnardel, Gissot *et al.*, 2001), l'élaboration concrète des procédures de gestion de la CMU de base et complémentaire, la prise en main en particulier des outils informatiques pour calculer les ressources des bénéficiaires potentiels et traiter leurs dossiers, ont été lourdes pour la majorité des organismes locaux de l'Assurance maladie. En l'occurrence, dans les années qui suivent le vote de la loi, la charge des demandes de CMU C est importante pour les CPAM. À l'heure où celles-ci ne manquent pas de dossiers en instance et où elles cherchent prioritairement à ouvrir les droits en respectant les délais légaux, le non-recours apparaît quelque peu à contre-courant (Revil, 2014a).

En quelques années d'ailleurs, le nombre de personnes couvertes par la CMU C dépasse largement celui de l'ancien dispositif d'aide médicale. Alors qu'en 1998, 3 millions de personnes disposaient de l'AMD, la CMU C, dès sa seconde année de mise en œuvre, concerne 4,5 millions de bénéficiaires (Volovitch, 2003). Dans ce contexte, le point de vue selon lequel le dispositif apporte une réponse forte aux difficultés financières d'accès aux soins des populations démunies (Carcenac, Liouville, 2001) est largement partagé au sein de l'Assurance maladie. De manière conséquente, la grande majorité des acteurs de l'institution pense que le non-recours ne concerne qu'un nombre marginal de personnes (Revil, 2014a). Le phénomène est en outre pensé comme se situant à l'extrême limite de la responsabilité de l'Assurance maladie ; l'initiative de la demande des droits assistanciels

est en effet renvoyée vers les bénéficiaires potentiels, la représentation du rapport avec les publics demeurant du type « à prendre ou à laisser ». Dans cette perspective, la responsabilité de se porter demandeur et de franchir les étapes qui mènent à l'ouverture des droits CMU est envisagée comme reposant unilatéralement sur les individus (Revil, 2014b). Ceci se comprend d'autant mieux que dès le début des années 2000, l'Assurance maladie, comme la plupart des branches de la Sécurité sociale d'ailleurs, se focalise sur une autre problématique : la lutte contre la fraude, notamment en matière de CMU. Dans un contexte de minimisation des dépenses de santé, l'heure est ainsi davantage à la traque des abus et au rappel de leurs devoirs aux bénéficiaires effectifs ou potentiels qu'à la prise en compte de la sous-utilisation des droits assistanciels (Dubois, 2001 ; Revil, 2012a).

En 2004, quelques acteurs de la branche maladie – dirigeants d'organismes locaux ou agents de la caisse nationale particulièrement attentifs et intéressés par les problématiques d'accès aux droits – tentent néanmoins d'introduire la thématique du non-recours dans le plan institutionnel de lutte contre les exclusions (Cnamts, 2004) [3]. De par les postes qu'ils occupent au sein de l'Assurance maladie [4], ces acteurs perçoivent les difficultés rencontrées par une partie des assurés dans l'accès à leurs droits et le fait que tous n'ont pas des capacités identiques pour parcourir le chemin menant à l'ouverture des prestations (Jafflin, 1998). La rédaction du plan de lutte contre les exclusions leur apparaît comme une occasion pour donner de la visibilité à la question du non-recours au sein de l'Assurance maladie. Le plan indique ainsi que les CPAM doivent « faire un panorama des possibilités de non-recours aux prestations de l'Assurance maladie et aux offres de services proposées à certaines catégories de publics. [Elles sont chargées de] réaliser des études de cas des causes de non-recours et d'expérimenter les possibilités de mesurer le phénomène sur deux types d'offres par an » (Cnamts, 2004). Il est également souligné que les caisses primaires doivent, en premier lieu, se pencher sur la situation des personnes qui sortent de la CMU C et sur celles qui ont abandonné la constitution de leur dossier. L'objectif est de comprendre chacune de ces situations, de déterminer

3. En 2004, la rédaction du plan national d'action pour l'inclusion (PNAI) français est relancée. C'est dans ce cadre que l'Assurance maladie rédige un plan institutionnel de lutte contre les exclusions. Les PNAI, élaborés depuis 2001, sont une déclinaison des plans nationaux de lutte contre les exclusions ; ils s'inscrivent dans le cadre de la méthode ouverte de coordination (MOC), instrument de la stratégie européenne de Lisbonne : http://www.cnle.gouv.fr/Les-PNAI-francais.html.
4. Ces acteurs sont en position de responsabilité dans les services « précarité » ou CMU des CPAM ou ils sont agents de la direction de l'action sociale ou de la direction de la gestion du risque de la Cnamts ; certains sont également membres du projet « précarité » de la direction de l'animation du réseau des CPAM. Cette direction transversale est chargée d'assurer le dialogue entre la Caisse nationale et les caisses locales. Ses membres observent les actions mises en place localement pour conforter la gestion du risque, suivent et accompagnent les projets des caisses primaires. La direction se compose de plusieurs « projets » qui se centrent sur des axes particuliers de la politique du régime général de l'Assurance maladie. Le projet « précarité » se focalise sur les actions des CPAM relatives aux populations rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins et aux droits. Il s'agit de mettre progressivement en place une réponse homogène au niveau national auprès de ces personnes, en faisant remonter les bonnes pratiques locales.

leurs conséquences sur l'accès aux soins et de bâtir des procédures informatiques pour les détecter et y apporter des réponses. L'investissement des CPAM dans le repérage des formes de non-recours est toutefois très hétérogène ; si quelques dirigeants de caisses choisissent de s'impliquer fortement pour suivre les instructions du plan de lutte contre les exclusions, la grande majorité ne pense toujours pas prioritaire d'intervenir auprès des personnes qui ne demandent pas leurs droits. Dans ce contexte, le non-recours à la CMU continue d'être massivement ignoré ; il n'existe parallèlement que peu de données permettant d'en connaître les différentes dimensions, en particulier l'ampleur.

I.2. Une impulsion externe pour produire de la connaissance sur le non-recours

En 2006, le Fonds de financement de la protection maladie complémentaire, plus communément dénommé Fonds CMU [5], décide d'enclencher l'effort méthodologique pour lever le voile sur le phénomène. Son conseil d'administration choisit ainsi de faire du non-recours un axe principal de la troisième évaluation que l'organisme doit rendre à la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé. Le Fonds, outre sa mission de financeur de la CMU, est également en charge de l'analyse du dispositif. Il peut en l'occurrence faire des propositions pour améliorer sa mise en œuvre par les organismes sociaux. C'est dans ce cadre qu'il commandite plusieurs études sur le non-recours à des équipes de recherche. En produisant des données quantitatives et qualitatives, la direction du Fonds veut positionner le sujet parmi les préoccupations des acteurs de la protection maladie et signaler que la mise en place de la CMU n'a pas complètement réglé les inégalités financières d'accès aux soins en France. Le directeur adjoint de l'organisme, plus particulièrement porteur de la thématique, perçoit ainsi le phénomène comme un indicateur potentiel de l'effectivité des droits à la complémentaire. Son intérêt pour le non-recours s'explique notamment par son passage à la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) dans les années 1980. À cette période, la direction de la recherche et de la prospective de la Cnaf s'est beaucoup intéressée à la question du non-recours, notamment concernant les prestations ciblées – en particulier le revenu minimum d'insertion (RMI) – dont la gestion lui avait été confiée (Revil, 2014a). La branche famille de la Sécurité sociale a ainsi été la première en France à lancer des travaux sur le non-recours et

5. Initialement, le Fonds a en effet été chargé de financer le dispositif ciblé de la CMU C. Puis lorsque l'ACS a été mise en place, son financement lui a également été confié. Financeur donc, le Fonds CMU remplit également une seconde mission : il est chargé du suivi, de l'analyse et de l'évaluation des dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée.

à réfléchir à la manière de faire évoluer ses modes de faire pour améliorer l'accès des publics fragiles à leurs droits [6].

La lecture faite par le directeur adjoint du Fonds CMU de la problématique du non-recours est marquée par son passage au sein de la branche famille. Elle est parallèlement proche de celle faite par les Anglo-saxons dès le milieu du XX[e] siècle. La possibilité de donner une mesure du non-recours en calculant le différentiel entre population cible d'un dispositif et population effectivement bénéficiaire (Math, 1996) a notamment convaincu les acteurs publics en Grande-Bretagne d'intégrer le non-recours dans les systèmes d'évaluation des politiques pour donner une image de leur effectivité et vérifier que les populations ciblées par les dispositifs soient bien « touchées » par ceux-ci (Warin, 2010). Au-delà du fait de s'assurer que les dispositifs de la CMU atteignent bien ceux qui y sont éligibles, la mise en lumière du phénomène est pensée par le directeur adjoint du Fonds comme un levier potentiel à disposition des organismes sociaux pour renforcer l'effectivité des droits assistanciels (Revil, 2014a).

Le Fonds s'associe notamment avec l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) et avec une CPAM afin de faire un état des lieux du non-recours à la CMU C et de construire un protocole méthodologique visant à repérer le phénomène à partir des registres administratifs de l'Assurance maladie. Malgré les difficultés techniques et le caractère quelque peu bricolé des premiers protocoles méthodologiques élaborés au sein de ce partenariat, des taux de non-recours sont produits. Ils oscillent entre 14 et 28 % en fonction des modalités de calcul retenues et des populations prises en compte (Revil, 2006). Si les incertitudes relatives aux protocoles méthodologiques appellent à la prudence quant à l'utilisation des chiffres, le positionnement des dirigeants de la CPAM par rapport au non-recours à la complémentaire évolue néanmoins (Revil, 2012b). Alors qu'ils imaginaient initialement que les non-recourants étaient peu nombreux, le fait que près d'un quart des bénéficiaires potentiels des droits apparaisse concerné par le phénomène contribue à modifier la donne. Ceci d'autant plus que les deux autres études commanditées par le Fonds signalent également des taux de non-recours à la CMU C de l'ordre de 14 à 32 % (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006 ; Berrat, 2008).

I.3. Une mise en chiffres incertaine, mais qui emporte un positionnement des acteurs locaux de l'Assurance maladie

De manière générale, l'élaboration de données chiffrées participe à la construction de l'évidence des problèmes en unifiant sous une catégorie unique des réalités singulières (Tissot, 2007). Ici, la construction des taux

6. En 1996, le numéro 43 de la revue de la Cnaf, intitulée *Recherches et Prévisions*, est intégralement consacré à la question du non-recours aux droits.

place pour la première fois le non-recours sous les yeux des acteurs de l'Assurance maladie, en réunissant dans une catégorie des situations individuellement peu visibles et massivement « invisibilisées » par des routines administratives bureaucratiques et des fonctionnements productifs. Ils révèlent ce que les indicateurs d'activité de l'organisme ne lui donnent d'ordinaire pas à voir et ce que sa posture d'action traditionnelle en attente des administrés ne lui permet pas de capter. Les cas singuliers, à savoir les difficultés individuelles rencontrées par de nombreuses personnes dans l'accès aux prestations sociales, commencent à exister parce qu'ils sont comptés ; les taux traduisant du point de vue de la direction de la caisse locale de Sécurité sociale l'existence même du non-recours. La mise en chiffre, quelle qu'en soit finalement sa qualité, confère ainsi un poids de réalité (Desrosières, 2005) au phénomène et signe le fait que des personnes ne sont pas concernées par le rapport aux organismes de la protection maladie.

Ce sont bien en premier lieu les conséquences sur les performances de la caisse primaire dans la gestion des droits assistanciels qui rendent le non-recours problématique aux yeux de la direction de la CPAM. La convention d'objectifs et de gestion (Cog [7]) signée en 2006 par la Cnamts avec les acteurs étatiques contient des objectifs concernant l'accès à la complémentaire. Elle stipule en l'occurrence que « les organismes d'Assurance maladie doivent renforcer l'accès à leurs droits des personnes en situation de précarité par une gestion attentive des dossiers CMU et par la promotion de l'ACS » (Cnamts, 2006:7). Dans une logique accrue de pilotage par objectifs/résultats, les dirigeants des organismes sociaux sont sommés de prouver la performance de leur organisme, aussi bien en termes de qualité et de fiabilité, qu'en termes de coûts ou de réactivité au droit (Bauer, 2010). Alors que le registre de redevabilité est de plus en plus gestionnaire (Moachon, Bonvin, 2012), il s'agit « de faire de belles performances pour chaque type de prestations, certains financements des caisses en dépendant » (Bauer, 2010:110). Avec la contractualisation, la gestion se fait en effet davantage par les *outputs*, par des quasi-produits (Gadrey, 1994) ou par ce que certains auteurs dénomment les produits administratifs ou les prestations fournies par l'unité administrative (Hupe, Hill, 2007).

Les dirigeants de la CPAM s'inquiètent donc des chiffres relatifs au non-recours parce qu'ils ont décliné territorialement les orientations de la Cog et déterminé des résultats à atteindre localement en termes d'ouverture de droits à la complémentaire. Les taux mesurés les alertent car ils leur signalent un écart par rapport aux résultats annoncés dans les documents

7. Depuis la réforme de la Sécurité sociale d'Alain Juppé de 1995, chaque Caisse nationale de Sécurité sociale signe avec les acteurs étatiques une convention d'objectifs et de gestion (Cog) pluriannuelle au sein de laquelle les objectifs à atteindre prioritairement par chaque branche sont mis en exergue. La Cog est déclinée localement en contrat pluriannuel de gestion (CPG) en ce qui concerne les CPAM.

contractuels. La caisse primaire est en outre interpellée par des acteurs associatifs locaux concernant les réponses qu'elle tend à apporter à ces difficultés d'accès aux droits rencontrées par une partie importante des bénéficiaires potentiels des droits maladie. Dans ces conditions, la CPAM décide de poursuivre le travail engagé avec l'Odenore sur le non-recours. La perspective de repérer le phénomène à partir des fichiers informatiques apparaît en effet aux dirigeants de la caisse comme un moyen économe pour construire une information chiffrée permettant de suivre localement l'évolution des ouvertures de droits, mais aussi comme un levier d'action pour rendre plus opérationnelle la préoccupation gestionnaire de l'effectivité des prestations sociales en matière de complémentaire maladie (Warin, 2010).

La possibilité de mesure informatique de l'ampleur du non-recours et le fait que le phénomène soit, pour la première fois, représenté à travers des données chiffrées marquent ainsi une rupture dans le processus de mise à l'agenda. Premièrement, le Fonds CMU intègre les taux dans le troisième rapport d'évaluation de la loi du même nom et construit à partir de là un argumentaire mettant en regard l'ampleur du non-recours face à celle de la fraude (Revil, 2014a). Il veut, ce faisant, signifier aux acteurs de la protection maladie la nécessité de tenir compte des deux problématiques et de mettre en place des actions générales pour que les bénéficiaires potentiels « accèdent à leurs droits et n'accèdent qu'à leurs droits » (Fonds CMU, 2007:65). Cet argumentaire circule de la Cnamts à la Cour des comptes en passant par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), faisant progressivement cheminer à l'échelle nationale la question du non-recours à la complémentaire et lui donnant davantage de visibilité (Revil, 2014a). Deuxièmement, le lancement d'études par le Fonds CMU ouvre la voie à la réalisation d'autres travaux scientifiques sur le sujet, ainsi qu'à l'élaboration d'outils informatiques visant à repérer les personnes en non-recours dans les registres administratifs de l'Assurance maladie. C'est ainsi tout à la fois aux niveau national et local que l'intérêt porté au phénomène s'accroît et que des acteurs de différentes natures, scientifiques et administratifs, participent à faire avancer sa prise en compte et s'associent pour positionner le phénomène sur l'agenda de la branche maladie de la Sécurité sociale.

I.4. La rédaction des premières circulaires relatives au non-recours

Dans la foulée de la première étude réalisée pour le Fonds CMU, l'Odenore et la caisse primaire, en collaboration avec d'autres acteurs locaux des branches famille et vieillesse, lancent notamment une expérimentation visant à élaborer un programme informatique de quantification et d'identification du non-recours à la complémentaire gratuite et aidée parmi les allocataires de plusieurs *minima* sociaux (Revil, 2008). Malgré les

difficultés techniques et organisationnelles rencontrées dans l'élaboration de l'outil (Revil, 2008), cette expérimentation permet de nouvelles avancées dans la détection du non-recours à partir des registres administratifs. En outre, la « mise en service » au bout de quelques mois du programme informatique, appuyé sur des échanges d'informations dématérialisées entre organismes de Sécurité sociale, attire l'attention des acteurs nationaux de la protection maladie, au premier rang desquels la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé et plusieurs directions de la Cnamts. Le programme expérimental créé localement permet en effet de quantifier le non-recours à la CMU C et à l'ACS et d'identifier individuellement chaque non-recourant. La quantification et l'identification reposent bien entendu sur des conventions particulières et sur des choix techniques qui auraient pu être différents ; elles ne constituent donc qu'une manière de rendre visible le non-recours (Revil, 2014a). Néanmoins, les acteurs de la DSS et de la Cnamts y voient un support potentiel pour intervenir auprès des non-recourants et pour faire monter en charge certains dispositifs de la CMU qui peinent à trouver leur public. C'est en particulier le cas de l'ACS. Un groupe de travail intitulé « accès aux droits et aux soins des publics précaires » et constitué tout à la fois d'agents de plusieurs directions de la Cnamts et de dirigeants de caisses primaires est alors mis en place pour, dans un premier temps, rédiger une circulaire de généralisation de l'outil informatique afin qu'il soit utilisé par toutes les CPAM de France [8]. L'objectif est que chaque caisse identifie dans ses fichiers les personnes en non-recours à la complémentaire et leur envoie des courriers d'information sur leurs droits.

Au delà de cette utilisation immédiate, il s'agit en généralisant l'outil d'enclencher au sein de l'Assurance maladie un mouvement interne de renforcement de la détection du non-recours aux dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée. Le transfert produit ainsi un « effet cliquet » (Revil, 2009) : il amène le groupe de travail de la branche maladie à poursuivre le développement de procédures d'identification des personnes en situation de fragilité s'agissant de leur protection maladie complémentaire et à réfléchir aux actions à mettre en place afin de les rapprocher de leurs droits en la matière. Pendant plusieurs mois, les acteurs du groupe font donc converger vers eux les constats des CPAM concernant les résultats et les effets de la campagne d'information publipostée. Ils s'intéressent aussi aux travaux qualitatifs menés par l'Odenore, ainsi que par d'autres équipes de recherche [9], en partenariat avec plusieurs caisses primaires auprès d'échantillons de personnes détectées en non-recours. Ils font émerger deux constats à la confluence de ces initiatives.

8. Lettre réseau LR-DDO-80-2008.
9. En particulier par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes).

Premier constat : le facteur informationnel ressort comme déterminant pour comprendre le non-recours à la complémentaire gratuite et aidée ; il ne prend cependant pas principalement la forme d'une absence totale d'information sur les dispositifs, mais d'une somme d'incompréhensions qui viennent jalonner les parcours d'accès aux droits (Revil, 2010). Pour la CMU C comme pour l'ACS, la non-connaissance côtoie ainsi la non-réception (Warin, 2010). Autrement dit, certaines personnes sont en non-recours parce qu'elles ne connaissent pas du tout leurs droits, tandis que d'autres ont engagé des démarches pour en bénéficier, mais les ont abandonnées en cours de route à cause d'incompréhensions diverses, d'obstacles dans les démarches d'accès et/ou de difficultés dans leurs relations avec les organismes gestionnaires des dispositifs (Revil, 2014b). Le recours aux prestations de la complémentaire gratuite ou aidée demande en effet d'effectuer de multiples démarches – auprès des organismes d'Assurance maladie de base et complémentaire – mais également de constituer des dossiers conséquents, dossiers qui ont précisément vocation à faire reconnaître les droits des bénéficiaires potentiels en les « représentant » dans les circuits et procédures de l'administration. Certains choix politiques faits lors de la conception des dispositifs ont en outre contribué à complexifier l'accès aux droits CMU ; c'est en particulier le cas du droit d'option s'agissant de la CMU C qui tend à préserver une place aux organismes complémentaires dans la gestion de la prestation [10].

Second constat : de manière somme toute logique au regard des éléments précédents, il ressort des investigations du groupe de travail que l'information par courrier n'a amené qu'une petite partie des non-recourants à venir demander ses droits aux guichets des caisses primaires. Pour la majorité, elle n'a pas permis de lever les diverses incompréhensions qui peuvent gêner l'accès aux dispositifs de la CMU. Le groupe de travail constate d'ailleurs que les quelques CPAM qui ont mis en place des procédures plus spécifiques pour accompagner les personnes tout au long des processus d'accès à la complémentaire aboutissent à de bons résultats en termes d'ouverture de droits. Par exemple, les conclusions d'une expérimentation menée en 2009 par l'Odenore avec le service social d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) soulignent les conséquences positives d'actions d'explication de la CMU C et de l'ACS sur le recours à ces droits (Chauveaud, Warin, 2009 ; Warin, 2013).

Fort de ces constats, le groupe de travail de l'Assurance maladie acte le fait que les bénéficiaires potentiels de la CMU ont souvent connaissance de leurs droits, ainsi que des démarches à mettre en œuvre pour en bénéficier, mais qu'ils ne les comprennent pas toujours de manière suffisamment

10. Les bénéficiaires de la CMU C peuvent choisir de faire gérer leur contrat soit par leur CPAM, soit par un organisme complémentaire de leur choix, c'est ce qu'on appelle le droit d'option.

précise pour parcourir le chemin de l'accès. En 1991 déjà, Henri Oberdorff, professeur de droit public, évoque l'émergence d'un droit non seulement à être informé mais également à comprendre le droit et l'administration. À l'époque, il souligne que « si "nul n'est censé ignorer la loi", cela suppose toutefois une certaine connaissance et compréhension » (Oberdorff, 1991). Il explique que, lorsque se mêlent complexité du droit et complexité de l'administration et de ses procédures, le parcours des usagers ne peut qu'être semé d'embûches. Développer leur compréhension en distillant des explications présente alors selon lui un double avantage : d'une part, les usagers sont moins perdus dans les circuits administratifs et disposent de points de repères utiles. D'autre part, ils perçoivent les raisonnements et les exigences administratifs et peuvent ainsi mettre en place des comportements plus proches de ceux souhaités par l'administration. Dans cette perspective et dans la mesure où l'objectif des acteurs du groupe de travail « accès aux droits et aux soins des publics précaires » de l'Assurance maladie est que les personnes se rapprochent de leurs droits, l'explication et l'accompagnement apparaissent comme des conditions pour faire évoluer les comportements dans le sens voulu : « Les évaluations sur les effets de l'information en masse, les études sur le non-recours, les réflexions sur les actions qui en ont découlé dans les caisses ont éclairci le champ d'investigation du groupe de travail. Son objectif est désormais de promouvoir des méthodes moins d'information et plutôt d'accompagnement et d'explication aux bénéficiaires concernés sous des formes appropriées et accessibles, et de voir comment le réseau dans son ensemble peut s'en emparer de manière plus homogène pour limiter et traiter le non-recours à la complémentaire [11]. »

Le groupe rédige alors une seconde circulaire à destination des caisses primaires [12]. Diffusée en juin 2009, elle trace le cadre d'une stratégie d'intervention pour limiter et traiter le non-recours par non-connaissance et non-réception, stratégie privilégiant l'explication et l'accompagnement individualisé des bénéficiaires potentiels des dispositifs de la CMU tout au long des étapes de leur parcours vers la complémentaire et vers les soins.

II. Quand la mise à l'agenda du non-recours travaille les organismes d'Assurance maladie

Dans la foulée, en 2010, le non-recours à la CMU fait son entrée dans la convention d'objectifs et de gestion (Cog) signée entre l'État et la Cnamts

11. Extrait d'un compte rendu d'une réunion du groupe de travail « accès aux droits et aux soins » de la Cnamts, 2009.
12. Lettre réseau LR DDO 89/ 2009.

pour les trois années à venir [13]. Il est indiqué que « les personnes les plus précaires ont droit à des dispositifs spécifiques de protection, mais [que] toutes ne recourent pas à la couverture à laquelle elles peuvent prétendre. [En ce sens], l'objectif de l'Assurance maladie est de réduire les taux de non-recours à ces dispositifs » (Cnamts, 2010:9). Exprimant la reconnaissance par la branche de l'existence de situations de non-recours, la Cog précise également les actions à mener pour limiter le phénomène. Elle reprend les principaux points des circulaires rédigées, en 2008 et 2009, par le groupe de travail de la Cnamts. Il est ainsi souligné que « pour garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé, l'Assurance maladie continue à mettre en place un programme structuré permettant l'identification, l'information et l'accompagnement des populations n'ayant pas fait valoir leurs droits » (Cnamts, 2010:10).

Dans un contexte de gestion du risque maladie visant à maintenir un bon état de santé aux populations tout en contraignant les dépenses de soins (Tabuteau, 2004), l'absence de complémentaire est de plus en plus pensée comme problématique. Ceci parce qu'elle induit potentiellement des renoncements aux soins pour raisons financières, d'autant plus lorsque l'absence de protection concerne des personnes démunies et difficilement capables d'assumer les restes à charge liés aux frais de santé. En France, pays où l'organisation des soins primaires reste faible et où leur accès n'est pas basé sur un principe de gratuité intégrale, les dispositifs visant à renforcer l'accessibilité financière aux soins constituent les principaux leviers pour limiter les inégalités sociales de santé (Bourgueil, Jusot, Leleu *et al.*, 2012). Dans ce cadre, l'intérêt porté au non-recours n'est pas conduit par une volonté de supprimer les droits en matière de CMU, ni d'en modifier profondément la nature ou le principe, mais de les rendre effectifs.

Problématisée donc autour d'un enjeu d'effectivité [14], la limitation du non-recours est bien en premier lieu du ressort des organismes de l'Assurance maladie. « Des mesures d'organisation, de communication, d'information et d'accompagnement sont prises dans les CPAM à partir du non-recours. Elles appellent des modifications des pratiques administratives [15]. » Il s'agit pour la branche maladie « de trouver des moyens d'intégrer pleinement les assurés fragiles dans ses fonctionnements, l'objectif étant de leur permettre d'exercer un recours aux droits et aux soins au moins aussi

13. Le « recours à la complémentaire santé » devient également l'un des indicateurs permanents de l'objectif « assurer un égal accès aux soins » du plan qualité et efficience (PQE) de la branche maladie, plan qui constitue l'annexe principale de chaque loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Le PQE présente chaque année les grands objectifs poursuivis par l'Assurance maladie.
14. L'effectivité peut être entendue comme le degré d'adéquation entre les impacts prévus lors de l'élaboration d'une politique publique et les impacts réels sur les bénéficiaires (Lascoumes, 2010) et peut venir pointer les décalages existant entre l'affirmation des droits et leur exercice réel (Borgetto, 2008).
15. Extrait d'un document de travail de la mission déléguée à l'Assurance maladie et aux publics fragiles, 2012.

efficace que les autres assurés sociaux [16]. » Ce nouvel horizon d'action emporte avec lui une volonté de rationalisation et d'homogénéisation de la gestion de l'accès aux droits sociaux par les CPAM. Les acteurs de la branche maladie veulent sortir d'une gestion hétérogène et peu efficiente des difficultés d'accès aux droits et améliorer l'effectivité de la CMU, sans pour autant engager des dépenses supplémentaires de fonctionnement ou des coûts de gestion accrus pour les caisses primaires. Au même titre que la lutte contre la fraude, la limitation du non-recours semble ainsi pouvoir trouver sa place dans une logique de « bonne » gestion des droits par les organismes de la Sécurité sociale (Hamel, 2013) et d'utilisation efficiente des deniers publics en ce qui concerne la gestion des risques sociaux.

Dans cette optique, ce sont bien une évolution de la relation avec les publics de l'Assurance maladie et des transformations de l'organisation du travail et des fonctionnements des caisses primaires qui tendent à voir le jour, afin d'apporter une réponse au non-recours sans augmenter ni les effectifs humains, ni les sommes consacrés à la gestion des dispositifs. Ces mutations ne vont cependant pas de soi ; des résistances et des freins existent qui font que, même si le non-recours est positionné sur l'agenda de l'Assurance maladie, la mise en place concrète d'une politique institutionnelle en la matière peine à voir le jour (Revil, 2014b).

II.1. Des tentatives pour instaurer une relation particulière avec les bénéficiaires de la CMU

Le non-recours tend notamment à engager l'institution dans une modification de son rapport aux bénéficiaires potentiels des droits à la complémentaire gratuite ou aidée. Il vient en effet signaler que la gestion de ces droits, construits à partir de la technique du ciblage, ne peut s'organiser selon les mêmes logiques que celle des droits maladie assurantiels et qu'elle demande potentiellement d'aller vers des pratiques différenciées pour le public d'assurés et pour le public potentiellement bénéficiaire des prestations assistancielles. Celui-ci s'inscrit, en effet, dans des rapports spécifiques à ses droits et aux organismes qui le servent, rapports que viennent traduire les différentes formes prises par le non-recours. L'extrait d'entretien suivant traduit cela : « Ce que l'on peut dire, c'est qu'on doit faire autrement avec une partie de nos assurés. La gestion de la CMU et l'objectif d'accès aux droits demandent qu'on change certaines de nos pratiques » (Chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la Cnamts, ancien directeur d'une CPAM, 2009).

16. *Ibid.*

Le non-recours : un cadre pour percevoir les limites de certains fonctionnements institutionnels

À mesure que le non-recours est dévoilé et que des actions voient le jour pour le limiter, les acteurs de la branche maladie perçoivent en outre les limites de certains fonctionnements institutionnels : en premier lieu, parce que les ressortissants des politiques ciblées ne sont pas captifs. À la différence des bénéficiaires des droits assurantiels à l'Assurance maladie de base, ils n'ont pas l'obligation d'être affiliés à la complémentaire gratuite ou aidée. Il existe, par conséquent, une possibilité que certains ne bénéficient pas de ces prestations et échappent à la branche. « Il y a des gens qui ne viennent pas nous voir alors qu'ils auraient par exemple besoin d'une CMU » (Responsable du service CMU d'une CPAM, 2009).

L'obtention des droits ciblés en matière de complémentaire demande, en second lieu, à leurs ressortissants des démarches plus nombreuses que celles à mettre en œuvre pour obtenir les droits assurantiels. Alors que pour ces derniers les CPAM sont davantage en lien avec les employeurs, l'accès à la CMU C et à l'ACS repose pleinement sur les épaules des bénéficiaires potentiels. Il nécessite qu'ils en fassent la demande, qu'ils constituent le dossier et rassemblent les multiples pièces justificatives, qu'ils respectent et franchissent les différentes étapes de l'ouverture de ces droits. C'est à travers les taux de non-recours que les acteurs de l'Assurance maladie entrevoient la non-captivité de certains bénéficiaires potentiels. L'évaluation chiffrée et l'accumulation de taux leur donnent en l'occurrence des indications quant à l'ampleur du phénomène. La connaissance relative aux causes du non-recours leur indique, d'autre part, la nature des difficultés qui jalonnent l'accès aux droits et met en exergue les différentes formes prises par le phénomène.

Peu à peu, le non-recours se profile ainsi comme un cadre pour cerner les problèmes rencontrés par les bénéficiaires potentiels des droits ciblés et élaborer, les concernant, de nouvelles normes d'action. Il traduit certaines conséquences de l'évolution de la nature de la protection sociale et met en exergue la nécessité pour les organismes sociaux de modifier des pratiques, des fonctionnements bureaucratiques et leur positionnement par rapport aux assurés pour rendre effectif l'accès aux droits ciblés. Il vient signifier que la sortie d'une protection exclusivement assurantielle, se mettant en place de manière quasiment transparente pour les publics, demande des changements organisationnels importants. La gestion de la CMU C et de l'ACS suppose, en effet, un travail permanent d'accès aux droits, que le non-recours, de par son caractère mesurable et identifiable, permet, selon les acteurs qui ont œuvré à la prise en compte du phénomène, d'organiser de manière efficace et efficiente, à côté des autres missions de l'Assurance maladie et dans un contexte où les restrictions budgétaires sont la norme.

Vers une relation plus proactive et serrée

La perception du non-recours à la complémentaire peut ainsi permettre d'engager une évolution de la posture d'action de la branche maladie : de l'attente des usagers, ses agents tendent davantage à aller au devant de ceux qui ne viennent pas au guichet pour les inciter à formuler leur demande. La prise de conscience de la « non-captivité » de certains publics potentiels fait apparaître la nécessité d'un positionnement davantage proactif. En ce sens, les procédures de détection des non-recourants ont vocation à devenir une base pour l'action, que ce soit les procédures de repérage au cas par cas ou en masse. Dans tous les cas, la logique surplombante est identique : repérer ceux des bénéficiaires potentiels qui ne disposent pas de leurs droits et engager des actions particulières auprès d'eux. Il s'agit notamment de repérer parmi les personnes qui viennent au guichet, et ce quel que soit le motif de la visite, celles qui se trouvent dans des situations de non-recours par rapport à leurs droits.

La détection dans le flux des visites, des appels téléphoniques ou des courriers électroniques, des situations de fragilité par rapport à la protection maladie complémentaire peut en effet constituer une porte d'entrée pour intervenir auprès des non-recourants, notamment pour les informer de leurs droits selon des modalités dont la nature se diversifie : envoi de courriers généralistes mais ciblés, information téléphonique, organisation de réunions d'information collectives… Au regard des éléments relatifs aux causes du non-recours, ce sont ainsi en premier lieu les procédures d'information que les acteurs de la branche maladie cherchent à travailler. D'une information minimale et uniforme, ils s'orientent vers des procédures plus ciblées, vers des supports informatifs simplifiés, mais aussi vers des modalités plus explicatives. Ainsi, lorsque l'information collective et uniforme est insuffisante pour permettre l'engagement des bénéficiaires potentiels dans des démarches d'accès aux droits, ils ont vocation à mettre en place un accompagnement plus individualisé visant à expliquer les démarches administratives et à lever, au fur et à mesure, les obstacles rencontrés sur le chemin de l'accès. Ceci en fonction des situations singulières et des capacités différenciées de compréhension des personnes. Les propos du responsable du service précarité d'une CPAM le traduisent : « Tout ce qu'on a vu sur le non-recours, ça nous a bien montré que la question de l'information est plus complexe qu'il n'y paraît, ce qui de toute façon n'est pas vraiment une surprise. Il est évident avec tout ça qu'on doit dépasser l'information postale généraliste. Ce sont nos fonctionnements un peu généraux qui ne vont pas. À la CPAM de X, nous avons depuis longtemps une approche plus personnelle, on accompagne les gens… » (Responsable du service précarité d'une CPAM, membre du groupe « accès aux droits et aux soins » de la Cnamts, 2009).

Ainsi et afin de répondre à l'enjeu d'effectivité des droits, les acteurs de la branche maladie semblent ne pas pouvoir rester dans une posture d'attente de l'administré et de sa demande, ni dans le cadre d'une relation minimale et uniforme avec leurs publics. Ils perçoivent la nécessité de sortir d'une représentation des ressortissants comme venant nécessairement chercher leurs droits et comme étant seuls responsables de l'engagement de démarches pour obtenir la CMU C ou l'ACS. Le contact peut en effet être impulsé par les organismes sociaux. En parallèle, le public tend à se conjuguer définitivement au pluriel et l'action des caisses primaires à se différencier en fonction des situations de fragilité et des difficultés particulières rencontrées par certains assurés dans l'accès à leurs droits et aux soins. Elles ont de moins en moins vocation à assurer une présence minimale auprès des demandeurs potentiels, les contacts pouvant devenir plus fréquents afin de faire en sorte que les personnes n'abandonnent pas leurs démarches en cours de route.

La limitation du non-recours emporte ainsi l'établissement progressif d'une relation plus serrée, suivie et faite d'interactions en face à face. Elle appelle aussi une relation davantage proactive et différenciée avec les bénéficiaires potentiels des droits ciblés. Elle suppose globalement une capacité des caisses à identifier, dans le flot des demandes au guichet et des informations dématérialisées dont elles disposent, les situations problématiques et à leur porter une attention accrue en ouvrant par exemple le plus rapidement possible les droits. « Ce qui est peut-être le plus dur, c'est d'identifier les gens qui sont dans des situations compliquées par rapport à leurs droits. Ensuite, on peut essayer de les aider et de comprendre pourquoi leur situation, par rapport aux droits maladie, pose problème » (Agent d'accueil d'une CPAM, 2009).

Il s'agit aussi, pour les CPAM, d'être attentives aux difficultés de renouvellement susceptibles d'engendrer des ruptures de droits préjudiciables pour l'accès aux soins. Car certains assurés ne connaissent pas leurs droits, car tous ne viennent pas au guichet. Car aucun n'a, en outre, les mêmes ressources pour comprendre les démarches et parcourir le chemin de l'accès à des droits dont la complexité s'est accrue. Car même si les bénéficiaires potentiels ont demandé une fois, voire plusieurs fois, leurs droits, ils ne se dirigent pas nécessairement vers les CPAM pour les renouveler.

II.2. Une relation qui engage des transformations de l'organisation du travail et des compétences des agents de l'Assurance maladie

L'institution de cette relation particulière avec les publics fragiles quant à l'accès aux droits et aux soins suppose concernant l'Assurance maladie des transformations importantes, au sein des CPAM et dans les rapports entretenus par celles-ci avec leur environnement. La mise à l'agenda du

non-recours vient ainsi potentiellement travailler des normes de fonctionnement profondément ancrées dans le quotidien des caisses primaires et questionner, par là même, l'adaptation des compétences de leurs agents à la mise en œuvre de ces nouvelles normes (Revil, 2014a). La détection et le lancement d'actions auprès des non-recourants entraînent d'une part la nécessité d'une collaboration accrue entre les différents services des CPAM, d'ordinaire très cloisonnés les uns par rapport aux autres et ordonnancés sur un mode stratifié et pyramidal en échelons successifs superposés et subordonnés les uns aux autres (Chevallier, 1986 ; Ménard, 1995). D'autre part, ils nécessitent une ouverture vers d'autres acteurs, en particulier administratifs ou associatifs, afin de mettre en place des actions de limitation du non-recours davantage partenariales : « Le non-recours nous invite à sortir des murs de notre organisme » (Responsable du service CMU d'une CPAM, 2009).

La prise en compte concrète du non-recours appelle ainsi un éloignement d'un fonctionnement en silo correspondant le plus souvent à des distinctions fonctionnelles au sein et entre les organismes administratifs, pour aller vers des liens plus informels et horizontaux (Revil, 2014a). Elle suppose aussi un usage différent des outils informatiques pour repérer dans les stocks d'assurés ceux se trouvant potentiellement en situation de non-recours. Dans cette optique, ce sont les relations entre services administratifs et informatiques qui tendent à évoluer, les fonctions informatiques généralement cantonnées à des tâches de conception plus que d'exécution (Chevallier, 1986) devenant un élément clef dans la gestion des droits CMU. Cela implique leur repositionnement général dans les CPAM et une considération différente des compétences de ceux qui les assument.

L'organisation d'une relation aux publics ayant pour objectif de limiter le non-recours interroge parallèlement le positionnement des services administratifs des CPAM par rapport aux services sociaux des Carsat, qui remplissent des missions pour les branches maladie et vieillesse de la Sécurité sociale, et qui ont vu leurs objectifs relatifs à l'accès aux droits et aux soins des populations démunies se renforcer au fil des années. Alors que ses services sociaux peinent depuis leur création au milieu du XX^{e} siècle à trouver leur place par rapport aux services administratifs de l'Assurance maladie (Gros-Chauvin, 2005), la relation qui a vocation à s'élaborer à l'aune du non-recours oblige à resserrer les liens ; les agents des services sociaux se positionnant par exemple comme des interlocuteurs privilégiés pour expliquer aux non-recourants les modalités de l'accès aux droits à la complémentaire et les amener jusqu'à leur ouverture : « Là encore, l'idée c'est de se tourner vers les services compétents, de ne pas rester fermés à d'autres qui pourraient apporter une réponse. Nous, on a mis en place des partenariats pour ne pas faire tout seuls, c'est en particulier la collaboration

avec le service social Carsat, avec des psychologues même. On en a dans notre service » (Responsable du service précarité d'une CPAM, membre du groupe « accès aux droits et aux soins » de la Cnamts, 2009).

L'articulation plus étroite des expertises semble donc à l'ordre du jour ; elle peut, en outre, passer par la création de nouvelles fonctions telles que celle des délégués sociaux : dans certaines CPAM, des agents ainsi dénommés sont chargés de suivre les assurés dans leurs parcours individuels d'accès aux droits et de favoriser la réalisation de ces parcours en impulsant la co-opération entre les services des caisses (Revil, 2014a).

L'élaboration d'une relation spécifique avec les bénéficiaires des droits ciblés emporte ainsi potentiellement la création de fonctions nouvelles. Dans tous les cas, elle tend à déplacer les frontières professionnelles dans les CPAM et questionne, par là même, les compétences des agents travaillant dans les services administratifs et sociaux (Revil, 2014a). La détection au cas par cas des non-recourants nécessite, par exemple, un positionnement différent des agents de guichet par rapport à la demande et une capacité à repérer, dans le flux des assurés, ceux se trouvant en non-recours ou rencontrant des difficultés importantes dans l'accès à leurs droits. Cela suppose, pour eux, de maîtriser tout à la fois les techniques d'accueil, et d'être suffisamment formés aux problématiques spécifiques rencontrées par les bénéficiaires des droits ciblés, souvent complexes. Il est également nécessaire qu'ils disposent d'informations précises sur l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à la liquidation des droits afin de vérifier, dès le premier contact, la complétude des dossiers CMU C et ACS. La mise en œuvre de procédures d'accompagnement par les agents administratifs leur demande ainsi de faire preuve de polyvalence, afin de percevoir la situation des assurés dans leur globalité et de cerner, suffisamment précisément, l'ensemble des difficultés qui surgissent dans l'accès aux droits. Une capacité d'analyse des situations apparaît en outre nécessaire, tout comme une connaissance suffisante des solutions possibles pour y répondre et des interlocuteurs à qui passer éventuellement le relais ou auprès desquels solliciter un appui, en général les travailleurs sociaux des Carsat.

Du côté de ces derniers se pose la question de leur information et de leur formation concernant les dispositifs de la complémentaire gratuite et aidée. On touche là des points cruciaux afin qu'ils puissent effectivement expliquer les droits aux bénéficiaires, susciter leur adhésion et travailler en lien étroit avec les services instructeurs. En effet, si une part du travail relationnel des professionnels du social a vocation à migrer vers les professionnels de l'administration, *a priori* compétents dans l'application de normes et de procédures, mais moins formés à la prise en charge de la fragilité (Dubois, 2003), inversement, la lutte contre le non-recours engage les travailleurs sociaux à disposer d'une connaissance renforcée des règles

d'ouverture des droits ciblés et des procédures de traitement administratif des dossiers maîtrisés par les agents de liquidation. Autrement dit, la « socialisation » de la relation administrative constitue le pendant d'une « bureaucratisation » du travail social (Dubois, 2003).

II.3. Des transformations qui ne vont pas de soi

Les transformations pouvant potentiellement découler de la mise à l'agenda du non-recours à la CMU ne peuvent cependant pas avoir lieu du jour au lendemain. Elles peinent d'ailleurs globalement à se concrétiser. Certains acteurs de direction des CPAM résistent par exemple à l'utilisation des outils informatiques de repérage du non-recours au prétexte notamment qu'ils présentent des dysfonctionnements techniques, d'autres soulignent les difficultés à travailler avec les autres banches de Sécurité sociale alors même que la limitation du non-recours le demande, certains signalent quant à eux les limites relatives aux cloisonnements persistants entre les différents services des CPAM. Plus globalement et même si le non-recours a été incorporé dans les documents de pilotage stratégiques, nombreux sont les acteurs de la branche maladie à noter l'impossibilité de concilier la lutte contre le non-recours aux droits sociaux avec les autres missions quotidiennes de l'Assurance maladie. En outre, le phénomène n'est toujours pas perçu comme problématique par l'ensemble des acteurs de l'institution, beaucoup ne partageant par conséquent pas la nécessité de s'organiser pour le limiter (Revil, 2014a).

Déjà suite à la généralisation du premier outil informatique de détection du non-recours, les obstacles, freins et résistances ont émergé au grand jour. À cette période, les résultats de la campagne de publipostage mise en œuvre à partir de l'identification des non-recourants ont d'ailleurs été loin de correspondre aux attentes de la DSS et de la Cnamts ; les taux de non-recours, s'ils ont quelque peu diminué dans les mois suivant la campagne, n'ont pas chuté significativement (Fonds CMU, 2009). Au demeurant, si les deux tiers des CPAM ont en 2008 suivi les instructions de la circulaire de généralisation, le dernier tiers a résisté à l'utilisation de l'outil informatique (Revil, 2014a). Les propos qui suivent expriment cela : « La conclusion de la campagne d'information générale a été vite faite. Même si elle a un peu augmenté le nombre de demandes, ça n'a quand même pas été, en toute honnêteté, la révolution. Des gens n'auraient en plus pas dû être destinataires […]. Certaines caisses ont reproché à l'outil informatique de ne pas être abouti… Mais ce qu'il y a en fait, c'est que la lutte contre le non-recours n'était pas, et n'est pas, encore dans toutes les têtes » (Chargé de mission « accès aux soins et aux droits » de la Cnamts, ancien directeur d'une CPAM, 2009).

Plusieurs raisons ont coexisté pour expliquer cette résistance. Il est intéressant d'y porter attention car elles permettent encore aujourd'hui de comprendre ce qui peut freiner l'investissement des organismes de l'Assurance maladie dans la mise en œuvre d'une politique de lutte contre le non-recours à la CMU.

Le non-recours, une préoccupation en conflit avec l'organisation quotidienne du service

En premier lieu, une partie des acteurs de direction de caisses a, à l'époque, expliqué craindre, s'ils utilisaient l'outil pour aller au devant des bénéficiaires potentiels, des débordements à l'accueil des organismes, des afflux de demandes et une potentielle déstabilisation des services de liquidation des dossiers CMU et de leurs indicateurs de productivité. L'extrait d'entretien suivant l'explicite : « Le problème c'est que, suite aux campagnes d'information par courrier, on craint de voir des dossiers arriver et arriver encore… On a déjà beaucoup de dossiers en instance et on a des délais pour répondre, vous comprenez, ça peut être inquiétant » (Responsable du service CMU d'une CPAM, 2009).

D'autres ont quant à eux évoqué les difficultés de collaboration entre branches de Sécurité sociale : « Ici, ce n'est pas toujours facile de travailler avec la Caf [17]… Pourtant, il faut déjà qu'on arrive à récupérer les fichiers, sinon on ne peut rien faire » (Responsable du service précarité d'une CPAM, 2009).

Cela était problématique dans la mesure où l'outil reposait sur un partage d'informations dématérialisées entre organismes des branches maladie et famille. Son usage s'est ainsi retrouvé contingenté par la nature des relations préexistantes entre les acteurs administratifs sur les territoires.

Parallèlement, des dirigeants de caisses ont souligné le fait qu'ils n'avaient pas de moyens humains suffisants pour faire face à une démultiplication des demandes de droits CMU et que l'organisation productive du travail ne permettait pas de mettre en place un traitement différencié pour les personnes rencontrant des difficultés d'accès à la complémentaire. Après avoir procédé aux envois de courriers, certaines caisses ont voulu tester des modalités particulières de prise en charge des personnes venant demander leurs droits à la CMU ; elle ont par exemple mis en place des accueils sur rendez-vous et doublé le temps accordé aux personnes pour les aider dans la constitution de leurs dossiers. Habituellement l'accueil se fait en suivant le flux des arrivants et dans un temps très contraint. Si la plupart des directions des CPAM a alors noté une incidence positive de cette organisation du travail sur les ouvertures de droits – les personnes abandonnant moins leurs démarches en cours de route –, beaucoup ont

17. Caisse d'allocations familiales.

néanmoins signalé ne pas pouvoir la maintenir, l'accueil sur rendez-vous venant déstabiliser les indicateurs de délai d'attente et demandant de mettre à disposition des agents pour cette mission alors que les effectifs ne le permettaient pas. Les propos d'un agent de direction d'une CPAM l'indique : « C'était compliqué de dégager du temps de personnel pour les accueils sur rendez-vous… Ce qu'il faut voir c'est comment on fait avec les moyens qu'on a pour consacrer du temps à chacun sans que cela perturbe toute l'organisation du service » (Discussion avec la sous-directrice de l'Assurance maladie d'une CPAM, observation participante, 2008).

Des responsables de caisses ont ainsi justifié le non-usage de l'outil par le fait que la prise en charge spécifique des non-recourants entrait en contradiction avec la réalisation de leurs autres activités, en venant déstabiliser certains indicateurs relatifs à la gestion du service de base et le traitement du flux des demandes des autres ressortissants de l'institution. D'autant plus lorsque la collaboration entre les services administratifs et sociaux des CPAM ne fonctionne pas bien. Les difficultés à travailler ensemble sont ainsi devenues tout particulièrement visibles lorsqu'il s'est agi d'accompagner vers leurs droits à la complémentaire les personnes en situation de précarité. En 2008, suite à l'envoi des courriers d'information, des personnes sont venues aux guichets des CPAM pour demander des précisions et des explications sur l'ACS, dispositif moins connu que la CMU C. Face à elles, de nombreux agents administratifs se sont retrouvés en difficulté pour apporter des réponses précises sur certains points du dispositif, se trouvant confrontés à leur propre manque d'information – et de formation – sur une aide complexe (Fonds CMU, 2009) : « Moi, sur l'ACS en particulier, il y a des points que je ne suis pas sûre de maîtriser. La complexité de ces prestations, nous aussi on y est confronté » (Agent d'accueil d'une CPAM, 2009).

Ces agents ont néanmoins peu sollicité l'appui et le relais des agents des services sociaux, pourtant davantage formés à l'accompagnement des personnes en situation de précarité vers leurs droits.

De fortes divergences locales de perception du non-recours

De manière plus globale, la généralisation du premier outil informatique de repérage du non-recours a mis en lumière les divergences persistantes de points de vue des directions des caisses et des agents de l'Assurance maladie quant à l'importance à accorder au phénomène. Elle a par là même pointé la multiplicité des pratiques locales en termes d'accès aux droits des populations démunies. Cette généralisation imposée « par le haut » est venue rappeler que, pendant des années, la Cnamts a laissé le champ libre aux organismes locaux quant à la prise en charge de ces populations (Jafflin, 1998). Ainsi certains se sont au fil du temps fortement investis pour lutter contre les inégalités d'accès aux droits et aux soins, bâtissant notamment

des partenariats serrés avec des acteurs locaux administratifs et associatifs. D'autres ont en revanche complètement délaissé la partie « précarisée » de leur public, renvoyant la responsabilité de sa prise en charge vers les acteurs associatifs (Revil, 2014a). Cet investissement différencié s'explique notamment par la présence, ou non, à la tête des organismes, mais également des services CMU, de professionnels individuellement convaincus de la nécessité de mettre en place des procédures particulières pour faciliter l'accès à leurs droits de certaines populations plus en difficulté que d'autres.

Ceci est encore vrai à l'heure actuelle. Ainsi, si une partie des acteurs de l'Assurance maladie a œuvré pour mettre la question du non-recours à l'agenda, le percevant comme un problème qui peut potentiellement empêcher, ou complexifier, l'accès aux soins et avoir des conséquences sur l'état de santé des populations concernées, pour beaucoup d'acteurs de l'Assurance maladie la limitation du phénomène ne participe toujours pas des priorités institutionnelles. Elle reste en particulier dans l'ombre de la lutte contre la fraude aux prestations assistancielles et demeure souvent perçue comme se situant aux marges de la responsabilité des acteurs administratifs : « Mais sur le fond, vous ne pensez pas qu'il y a plus de personnes qui abusent de leurs droits que de personnes qui ne les demandent pas ? Je crois qu'il y a beaucoup de personnes qui se reposent sur les aides sociales, pour notre système c'est dommage » (Agent de direction d'une CPAM, 2007).

Le déploiement surplombant d'un référentiel d'activation dans les politiques sociales (Barbier, 2009), qui vise à responsabiliser les bénéficiaires potentiels ou effectifs des politiques sociales et à valoriser leur autonomie, tend en l'occurrence à renforcer une représentation de l'entrée en relation aux administrations comme reposant encore et toujours sur les individus. Ce déploiement conforte parallèlement le refus d'« assister » les personnes dans la réalisation de leurs démarches administratives. Il existe ainsi au sein des CPAM une volonté de responsabilisation des assurés en général, et des demandeurs de la CMU en particulier, qui passe notamment par l'instauration d'une distance volontaire des agents quant à l'aide apportée au moment de la constitution des dossiers (Cortinas, Divert, Leduc, 2011). Cela malgré l'affichage dans des documents de pilotage stratégiques de la nécessité de renforcer l'accompagnement vers leurs droits des bénéficiaires potentiels des droits à la CMU afin de limiter le non-recours.

Conclusion

Au cours de la première décennie du XXIe siècle, le phénomène du non-recours à la CMU a sous l'impulsion de quelques acteurs, extérieurs à l'Assurance maladie ou travaillant en son sein, administratifs et scientifiques, gagné en visibilité. Au fur et à mesure de cette entreprise de

dévoilement et dans un contexte où la limitation des inégalités de santé est devenue un objectif principal de la gestion du risque maladie, le non-recours aux droits créés pour renforcer l'accès à la complémentaire en France s'est positionné dans le champ de préoccupation de la branche maladie. Des outils informatiques ont vu le jour pour identifier les non-recourants à partir des registres administratifs et des circulaires ont été rédigées pour tracer les contours d'une stratégie d'action ayant pour but de rapprocher les personnes de leurs droits.

Loin toutefois de faire l'unanimité au sein de l'Assurance maladie, l'inscription en 2010 de la lutte contre le non-recours dans les documents de pilotage institutionnel a principalement été portée par quelques acteurs individuellement convaincus de la nécessité d'accorder une attention accrue à l'accès aux droits des populations éligibles à la CMU. Ces acteurs se sont associés pour construire de la connaissance, expérimenter, tester des actions de limitation du non-recours, ils se sont rassemblés dans des groupes de travail et ont réussi à rédiger les premiers documents de cadrage à l'adresse du réseau des CPAM. Mais dans un contexte où les points de vue concernant le non-recours restent largement divergents, la mise en œuvre au quotidien d'une politique structurée pour repérer et traiter le phénomène ne coule pas de source. Elle rencontre des résistances. Elle se heurte tout à la fois aux représentations s'agissant du non-recours qui en renvoient encore fréquemment la responsabilité aux seuls individus, aux représentations relatives aux bénéficiaires potentiels des droits assistanciels et à la nécessité de les responsabiliser, à la posture d'action des caisses primaires en attente des usagers et à la prégnance dans la branche maladie d'un rapport aux publics somme toute minimal et uniforme, dont l'efficacité est en outre mesurée à l'aune d'indicateurs valorisant avant toute chose la productivité et la rapidité du traitement des demandes. Les transformations de l'organisation du travail nécessaires pour pérenniser des actions de lutte contre le non-recours peinent à devenir la norme dans les CPAM et demeurent bien souvent perçues comme une source de désorganisation et comme entrant en contradiction avec la réalisation des autres missions qui incombent aux caisses.

Afin de soutenir et de relancer le déploiement d'une véritable politique de lutte contre le non-recours, quelques dirigeants de CPAM, fortement mobilisés sur la question des inégalités d'accès aux soins, ont en 2012 sollicité le comité national de gestion (CNG [18]) de la Cnamts pour qu'il installe

18. Le CNG est composé de huit membres à parité entre l'État et l'Assurance maladie. La présidence est assurée alternativement, par période d'une année, par la direction générale de l'organisation des soins (ministère des Affaires sociales) ou la direction générale de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Le CNG confie des missions à des acteurs de l'Assurance maladie sur des sujets importants pour l'institution. Il établit aussi chaque année un budget prévisionnel retraçant l'ensemble des crédits nationaux et régionaux. Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé (ARS). Le budget identifie la part, au niveau national, du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) réservée aux expérimentations concernant les soins de ville.

une mission relative aux publics fragiles de l'Assurance maladie. Cette mission, constituée de dirigeants de CPAM, de membres de plusieurs directions de la Caisse nationale et de l'Odenore, a vu le jour en 2012. Elle a piloté pendant près de deux ans des travaux dans plusieurs caisses primaires afin, d'une part, de faire le point sur les actions mises en œuvre pour limiter le non-recours à la complémentaire et, d'autre part, de réanalyser de manière approfondie les difficultés d'accès rencontrées par les bénéficiaires potentiels et leur niveau de compréhension des offres. Fin 2013, ces travaux ont abouti à la rédaction d'un plan d'action pluriannuel relatif au non-recours, aux incompréhensions et aux ruptures (Planir) en matière d'Assurance maladie. Ce plan, qui tend à se déployer de 2014 à 2017, s'ancre sur l'idée que les fonctionnements de la branche maladie et la relation entretenue originellement avec son public renforcent la possibilité qu'apparaissent des cas de non-recours, des incompréhensions et des ruptures dans les parcours d'accès aux droits maladie. Dans cette perspective, le plan explicite, pour chaque dispositif de la CMU – mais également pour plusieurs autres offres de services de l'Assurance maladie –, la relation à instaurer avec les bénéficiaires potentiels afin de favoriser leur accès. Il souligne en outre que les CPAM ont désormais vocation non seulement à traiter le non-recours, mais surtout à éviter sa survenance en continuant à adapter leur posture d'action et leurs fonctionnements les plus quotidiens [19]. La prise en compte du non-recours est ainsi loin d'être achevée ; si elle est présentée depuis plusieurs années dans les Cog comme l'un des objectifs de la branche maladie de la Sécurité sociale, elle reste encore largement à concrétiser.

19. Extrait du guide méthodologique relatif à la démarche Planir.

Références bibliographiques

Barbier J.-C. (2009), « Le *workfare* et l'activation de la protection sociale, vingt ans après : beaucoup de bruit pour rien ? Contribution à un bilan qui reste à faire », *Lien social et politiques*, n° 61, p. 23-36.

Bauer M. (2010), *Quelle ressource dirigeante pour le régime général de Sécurité sociale demain ?*, Rapport pour l'Union des caisses nationales de Sécurité sociale (UCANSS), mai.

Berrat B. (2008), « Le non-recours à la CMU complémentaire : enquête au sein de foyers et de résidences sociales en Île-de-France », n° spécial, « Ceux qui ne demandent rien : le non-recours aux droits sociaux », *Vie sociale*, n° 1, p. 43-54.

Boisguérin B., Bonnardel C., Gissot C., Ruault M. (2001), « Aide médicale départementale : bilan 1996-1999 », *Études et résultats*, n° 126, Drees, juillet.

Borgetto M. (2008), « L'accès aux droits sociaux : quelle effectivité ? », *in* ONPES *Séminaire droit et pauvreté*, contributions issues du séminaire ONPES-DREES-MIRE organisé en 2007.

Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. et le groupe AIR Project (2012), « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, n° 179, Irdes, septembre.

Carcenac Y., Liouville E. (2001), « Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) », tome 1, *Rapport n° 112*, Igas, Paris, décembre.

Chauveaud C., Warin P. (2009), « Expliquer la CMU C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles », *Étude n° 32*, Odenore, rapport final pour le Haut commissariat aux solidarités actives (HCSA), novembre.

Chevallier J. (1986), *Science administrative*, Paris, Puf.

Cnamts (2004), *Projet de plan pour une politique de lutte contre les exclusions*, document interne.

Cnamts (2006), *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnamts pour la branche maladie*. *Période 2006-2009*, Paris, août.

Cnamts (2010), *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnamts pour la période 2010-2013*, Paris.

Cortinas J., Divert N., Leduc S. (2011), *L'aide apportée par les hôpitaux publics pour la constitution des demandes de CMU C*, rapport pour le Fonds CMU, Université d'Auvergne.

Desrosières A. (2005), « Décrire l'État ou explorer la société : les deux sources de la statistique publique », *Genèses. Quantifier,* n° 58, p. 4-27.

Dubois V. (2001), « Action publique et processus d'institutionnalisation : sociologie des politiques culturelle et linguistique et du traitement bureaucratique de la misère », mémoire pour l'Habilitation à diriger les recherches en sociologie, coord. R. Lenoir, Université Paris I.

Dubois V. (2003), *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, 2e éd. revue, Paris, Economica.

Dubois V. (2009), « L'action publique », *in* Cohen A., Lacroix B., Riutort P. (dir.), *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, septembre,

p. 311-325, manuscrit archivé sur Hal-SHS et consulté en août 2013, http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/49/80/38/PDF/L_action_publique.pdf.

Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. (2006), *Comprendre les causes du non-recours à la CMU C*, Rapport de recherche pour le Fonds CMU, septembre.

Fonds CMU (2007), *Évaluation de la loi CMU*. Rapport n° III, Paris, janvier.

Fonds CMU (2009), *Évaluation de la loi CMU*. Rapport n° IV, Paris, juillet.

Fonds CMU (2011), *Évaluation de la loi CMU*. Rapport n° V, Paris, novembre.

François B., Neveu E. (dir.) (1999), *Espaces publics mosaïques : Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Pur.

Gadrey J. (1994), « La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », *Revue française de sociologie*, vol. 35, n° 2, p. 163-195.

Gros-Chauvin N. (2005), *Innovation et projet en travail social. Le rôle du cadre de proximité dans un service social Cram*, Mémoire pour l'obtention du DSTS, Université de Bourgogne.

Hamel M.-P. (2013), « Favoriser le paiement à bon droit », n° spécial, « Gérer les droits sociaux », *Informations sociales*, n° 178, juillet-août, p. 88-96.

Handle J.F., Hollingsworth E.J. (1969),« Stigma, Privacy and Other Attitudes of Welfare Recipients », *Stanford Law Review*, vol. 22, n° 1, p. 1-19.

Hernanz V., Malherbet F., Pellizzari M. (2004), « Take-up Welfare Benefits in OECD Countries : A Review of the Evidence », *OECD Social Employment and Migration Working Papers*, n° 17, http://www.oecd.org/els/soc/30901173.pdf.

Hupe P., Hill M. (2007), « Street-level Bureaucracy and Public Accountability », *Public Administration*, vol. 85, n° 2, June, p. 279-299.

Jafflin D. (1998), « Accès aux soins et couverture sociale, l'Assurance maladie confrontée à un impératif égalitaire. Quels facteurs influencent l'accès ou le recours à une couverture sociale ? », *in* Jafflin D., Carrat F., Guezelot M. (dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion.

Lascoumes P. (2010), « Normes », *in* Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaires des politiques publiques*, 2e éd. revue et corrigée, Paris, Presses de Sciences Po, p. 391-397.

Math A. (1996), « Le non-recours en France : un vrai problème, un intérêt limité », *Recherches et Prévisions*, n° 43, p. 23-31.

Ménard C. (1995), *L'économie des organisations*, Paris, La Découverte.

Millar J., Cooke K. (1984), « A Study of the Take-up of One Parent Benefit in Hackney », *Social Policy Research Unit Working Paper*, n° 227, Department of Health and Social Security, University of York.

Moachon E., Bonvin J.-M. (2012), « Instruments d'action publique et pratiques discrétionnaires : le cas des politiques d'insertion socio-professionnelle », Communication pour le Congrès de l'Association suisse de science politique (ASSP), 2-3 février, Lucerne.

Oberdorff H. (1991), « L'émergence d'un droit de comprendre l'administration et le droit », *Études et documents*, n° 43, Conseil d'État, rapport public, p. 217-233.

Palier B. (2002), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système de protection sociale depuis 1945*, Paris, Puf.

Revil H. (2006), « Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire des allocataires du RMI en Isère : mesure et analyse », Odenore, Grenoble, éd. dans Fonds CMU, *Évaluation de la loi CMU*. Rapport n° III, Paris.

Revil H. (2008), « Identifier des populations en non-recours aux dispositifs de l'Assurance maladie : proposition de méthode », *Recherches et Prévisions*, n° 93, septembre, p. 102-109.

Revil H. (2009), « Le changement incrémental et "par le bas" d'un système de gestion des droits : le cas de la complémentaire santé gratuite ou aidée en France », *Pyramides*, n° 17, vol. 1, p. 141-160.

Revil H. (2010), « Le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée », *Working Paper*, n° 5, Odenore, juin.

Revil H. (2012a), « La CMU : où sont les profiteurs ? », *in* Odenore, *L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non recours aux droits*, Paris, La Découverte.

Revil H. (2012b), « Parcours d'un outil informatique de quantification et d'identification du non recours à la CMU : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la maîtrise du risque maladie », *Working Paper*, vol. 4, Association française de sociologie, RT6 Politiques sociales, Protection sociale, Solidarités.

Revil H. (2014a), « Le "non-recours" à la couverture maladie universelle. Émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel », Thèse de doctorat de science politique, Université de Grenoble.

Revil H. (2014b), « Le non-recours aux soins de santé », *La vie des idées*, 13 mai.

Ruault M. (2000), « L'Aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998 », *Études et Résultats*, n° 61, Drees, avril.

Tabuteau D. (2004), « Les autres défis de l'Assurance maladie », *Les Tribunes de la santé*, Sève, n° 4, mars, p. 111-125.

Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, janvier, p. 85-92.

Tissot S. (2007), *L'État et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique*, Paris, Éditions du Seuil.

Volovitch P. (2003), « Une couverture à visée universelle à l'égard des plus démunis. La CMU en questions », n° special, « Le ciblage en question(s) », *Informations sociales*, n° 108, avril, p. 70-75.

Warin P. (2010), « Le non-recours : définitions et typologies », *Working Paper*, n° 1, Odenore, juin.

Warin P. (2013), « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non recours », n° spécial, « Gérer les droits sociaux », *Informations sociales*, n° 178, juillet-août, p. 52-62.

Weller J.-M. (2010), « Comment les agents se soucient-ils des usagers? », n° spécial, « Les services publics face à leurs usagers », *Informations sociales*, n° 158, février, p. 12-18.