RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 107 • mars 2023

Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire

Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires

Mathilde Caro, Morgane Carpezat, Loïcka Forzy (Asdo Études)

STATISTIQUE PUBLIQUE
La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction de la sécurité sociale

Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire

Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires

Mathilde Caro, Morgane Carpezat, Loïcka Forzy (Asdo Études)

Remerciements : Adrien Papuchon (DREES), Alice Blanchon (DSS), Caroline Coz (DSS), Catherine Vibert (CNAM), les trois CPAM des territoires d'étude, ainsi que toutes les personnes rencontrées en entretien.

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION 3

Le contexte et la problématique de l'étude 3
La méthode 5
Précautions méthodologiques 7

PARTIE 1. LES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE 9

Un public en situation de précarité et aux besoins de soins importants 9

Des conditions de vie souvent précaires 9
Des problèmes de santé qui structurent la vie quotidienne 10

Les grands profils de bénéficiaires : des personnes en situation de fragilité 12

Les travailleurs précaires 12
Les personnes récemment arrivées en France 13
Les femmes séparées ou divorcées 14
Les retraités aux « petites retraites » 15
Les jeunes rencontrant des problématiques de santé 16

PARTIE 2. TYPOLOGIE DE NON-RECOURS 17

La non-connaissance : l'offre n'est pas connue 17
La méconnaissance : l'offre est mal connue 18
La non-demande : l'offre est connue, mais n'est pas sollicitée 19

Le découragement face à la complexité des démarches 20
La non-disponibilité 20
L'arbitrage économique : un facteur spécifique à la CSS 21

La non-réception : l'offre est connue, demandée, mais n'est pas reçue. 22

PARTIE 3. TRAJECTOIRES DE RECOURS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE 23

Les ressources et les événements facteurs de recours 23

Des ressources personnelles et institutionnelles 23
La socialisation familiale aux démarches administratives 24
L'accompagnement social 25
La communication des acteurs du champ de la santé 26

Les moments de bascule biographique 26

Les maladies et les accidents qui appellent un besoin de soin 26
La séparation conjugale qui implique un changement de mutuelle 28
L'arrivée ou le retour en France qui nécessitent l'engagement de démarches 29

Des temporalités et modalités de recours différenciées 29

Un droit intériorisé sur un temps long 30
Une aide temporaire dans une période de fragilité 31
Un nouveau dispositif structurant du quotidien à appréhender 32

PARTIE 4. SATISFACTION, DIFFICULTÉS ET PERSPECTIVES 34

L'expression d'une forte satisfaction… 34

Des bénéficiaires très satisfaits du dispositif 34
Un impact positif sur le recours au soin 37

… à l'épreuve de difficultés 38

Un dispositif encore mal connu 38
Les obstacles et les difficultés rencontrés dans le parcours de recours 40
Des représentations négatives associées à la CSS 44

Pistes d'amélioration 47

Recommandation n° 1 : Renforcer la communication grand public autour de la complémentaire santé solidaire 47

Recommandation n° 2 : Développer des efforts ciblés pour certains profils récurrents de non recourants 48
Recommandation n° 3 : Accompagner les changements de situation, entre CSS non payante et payante, payante et non payante, et en sortie de CSS 48
Recommandation n° 4 : Renforcer l'écosystème partenarial et local autour de la caisse d'Assurance maladie en partant du principe que l'accompagnement individuel est un maillon clé du recours 49
Recommandation n° 5 : Accompagner le premier renouvellement et mieux informer des paniers de soins couverts par la complémentaire santé solidaire 49

CONCLUSION 50

POUR EN SAVOIR PLUS 52

Annexe 1. Guide d'entretien 54

Présentation de l'étude 54
Présentation de l'enquêté(e) 54
État de santé perçu et pratiques de soin 55
Connaissance et recours à la CSS 55
Effets perçus et niveau de satisfaction 56

INTRODUCTION

Le contexte et la problématique de l'étude

La complémentaire santé solidaire (CSS) est un dispositif récent – entré en vigueur en novembre 2019 – issu de l'extension de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de la suppression de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)[1]. La CSS est accordée sous condition de ressources, dont le plafond est actualisé annuellement. Pour l'année 2021, elle est sans participation financière pour une personne seule dont les ressources des douze derniers mois sont inférieures au plafond de 753 euros mensuels et avec participation financière (d'un coût de moins de 1 euro par jour, augmentant avec l'âge de la personne) lorsque ces ressources sont comprises entre 753 euros et 1 017 euros mensuels[2]. La CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé, y compris à l'hôpital. Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale.

Résultant de l'identification d'un taux de recours insuffisant à la CMU-C (estimé entre 56 % et 68 %) et à l'ACS (estimé entre 43 % et 62 %) en 2018 (DREES, 2021), la CSS a été mise en place pour **améliorer le recours et lutter contre le non-recours des personnes en situation de fragilité disposant de faibles revenus**. Alors que la crise sanitaire a eu un impact sur l'appropriation du nouveau dispositif par les personnes, et sur son recours[3], les premiers chiffres montrent une augmentation du nombre de bénéficiaires. Pour autant, cette hausse des effectifs peut encore être qualifiée de timide : à fin septembre 2021, 7,17 millions de personnes bénéficient de la CSS, soit une augmentation de 1,3 % de bénéficiaires depuis octobre 2019 (DSS, 2022). Plus récemment, la DREES a réalisé des estimations sur le taux de non-recours à la CSS (DREES, 2022) qui montrent que, si le taux de non-recours à la CSS sans participation financière reste autour de 31 % entre 2019 et 2021, le taux de non-recours à la CSS avec participation financière a diminué, passant de 72 % en 2020 à 67 % en 2021.

La nouvelle CSS a permis deux avancées majeures. La première est la **simplification du dispositif**. Les bénéficiaires de l'ACS (les personnes disposant de revenus légèrement supérieurs au seuil de la CMU-C) recevaient un chèque par voie postale, puis devaient choisir une complémentaire avec différents niveaux de garantie possibles. En se présentant dans une mutuelle agréée, les bénéficiaires pouvaient choisir entre trois formules de couverture, en fonction de leurs besoins et de leur budget (laissant le risque que les personnes ne fassent pas le choix le plus adapté à leurs besoins). Plusieurs solutions d'utilisation du chèque étaient possibles : la mutuelle ne faisait pas payer les premiers mois ou le chèque était déduit des cotisations à l'année. La complexité de ce système par chèque a été pointée comme un facteur de non-recours : parmi les 1,65 million de personnes ayant obtenu l'ACS en 2018, près d'une personne sur quatre n'utilisait pas le chèque ACS (Fonds de la complémentaire santé solidaire, 2019). La CSS permet de rendre la **procédure moins complexe et plus lisible** pour les assurés avec participation financière, sans niveau de garantie à choisir et avec un montant mensuel fixe de participation financière.

Pour les futurs ou potentiels bénéficiaires, le fonctionnement de la CSS avec participation financière semble aussi **faciliter les estimations des dépenses**, avec un montant individuel augmentant en fonction de l'avancée en âge de l'assuré (CNLE, 2021), d'un coût maximum de 1 euro par jour, permettant *a priori* de se projeter (les personnes savent à l'avance le montant de la cotisation qu'elles seront amenées à payer mensuellement)[4]. La simplification réside aussi dans le fait qu'avec la CSS, les assurés ont la possibilité de choisir une gestion par leur caisse d'Assurance maladie, ou leur organisme complémentaire ; avec l'ACS, seule la seconde option était possible. Il apparaît que, depuis la mise en place de la CSS, la part de ces contrats gérés par les régimes d'Assurance maladie est en augmentation : en septembre 2021, 47 % de l'ensemble des contrats de CSS avec participation financière sont gérés par les régimes d'Assurance maladie, contre 33 % en octobre 2020 (DSS, 2021). En outre, la nouvelle gestion du dispositif – avec possibilité de souscrire à des contrats de CSS participative auprès de sa caisse d'Assurance maladie pour les assurés – contribue à faciliter la demande avec **des formulaires plus simples à compléter et moins de justificatifs à transmettre**. En effet, depuis janvier 2022, le dispositif de ressources mensuelles (DRM) permet aux organismes de Sécurité sociale d'obtenir directement des informations sur la nature et le montant des revenus d'activité salariée et issus de prestations

[1] La CMU-C était une complémentaire santé totalement gratuite, tandis que l'ACS était une aide à l'acquisition d'une mutuelle. L'ACS aidait au paiement des cotisations d'une complémentaire santé sous la forme de chèques, et dispensait d'avance de frais sur la prise en charge par l'Assurance maladie, les autres prises en charge dépendant du contrat de mutuelle auquel avait souscrit le bénéficiaire.

[2] À partir du 1er juillet 2022, le plafond mensuel de la CSS sans participation financière a été revalorisé à 798 euros, et à 1 077 euros pour la CSS avec participation financière. Les plafonds de 2021 font référence dans le cadre de cette étude, dont l'enquête de terrain a été réalisée avant la revalorisation du 1er juillet 2022.

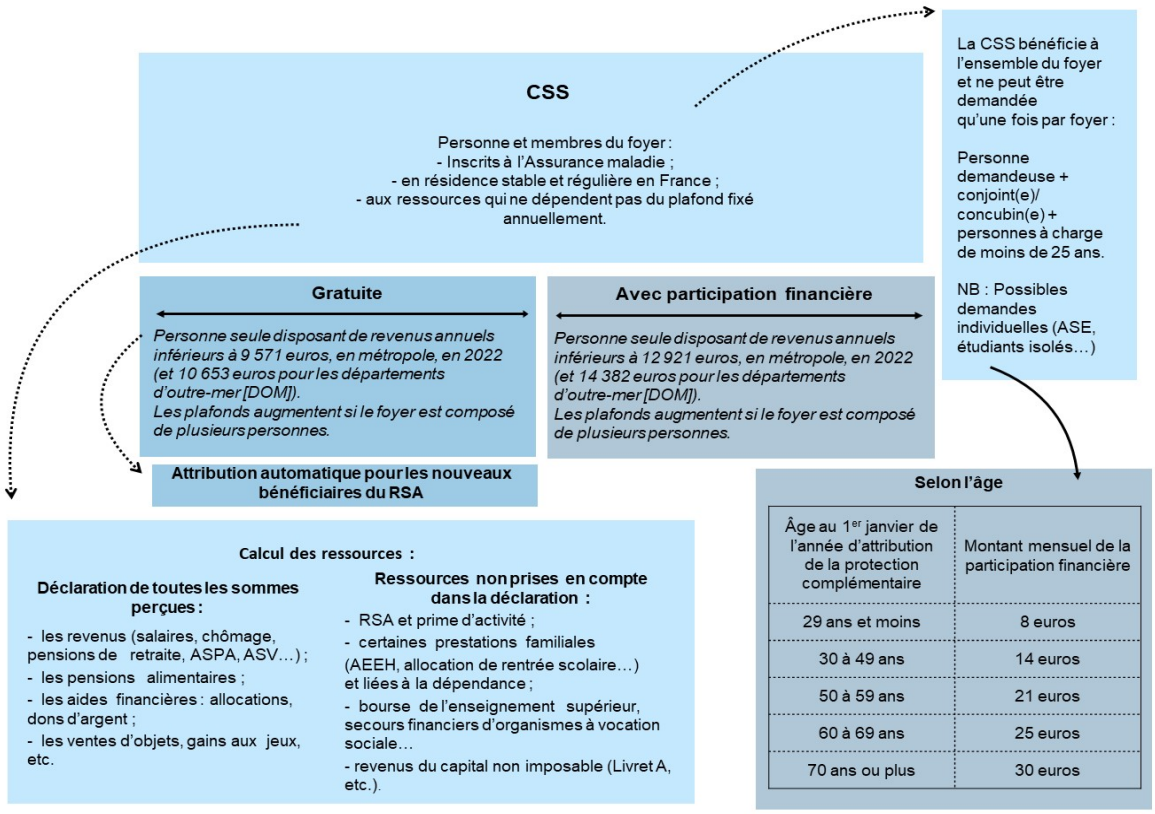
[3] Les contrats CSS qui arrivaient à expiration ont été prolongés de trois mois en 2020.

[4] Ce point est à nuancer pour les bénéficiaires de l'ACS ayant utilisé le chèque et qui pouvaient réaliser des estimations mensuelles.

sociales versés aux assurés, afin de simplifier la démarche des assurés (DSS, 2021). Le DRM permet également de faciliter l'attribution de la CSS car certaines informations relatives aux ressources sont récupérées automatiquement.

Le second apport est **l'extension de l'offre, qui apparaît dans une certaine mesure plus protectrice**[5]. La CSS offre à tous les assurés la prise en charge complémentaire de la totalité des frais sur **un panier de soins plus large**, pour une cotisation nulle (sans participation financière) ou limitée (avec participation financière). En plus des besoins de base – consultations chez un professionnel de santé, hospitalisations, analyses médicales et médicaments[6] –, le panier de soins de la CSS, dans le cadre du 100 % santé, intègre les lunettes, ainsi que les prothèses dentaires et auditives (parmi un choix d'équipements et de soins agréés et pris en charge), là où l'ACS, en fonction du contrat choisi, pouvait laisser des restes à charge élevés sur certains postes de soins (par exemple, les prothèses dentaires et l'optique). La CSS prend aussi en charge certains dispositifs médicaux comme les pansements ou les cannes. Cette ouverture du panier de soins permet donc de renforcer les taux de couverture pour les postes de dépense les moins bien couverts, une amélioration *en théorie* destinée aux retraités aux revenus modestes, qui pouvaient payer des cotisations particulièrement élevées. La CSS ouvre aussi aux personnes en situation de handicap le droit à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux (fauteuils roulants par exemple) qui, s'ils étaient pris en charge dans le cadre de la CMU-C, ne restaient pas intégralement couverts par l'ACS.

Schéma 1 • Éligibilité à la complémentaire santé solidaire (CSS)



Le premier enjeu de l'étude est de comprendre les ressorts du recours à la complémentaire santé solidaire, d'apprécier la satisfaction des recourants, leur perception et leur compréhension du dispositif. Le second enjeu est de saisir les mécanismes de non-recours, de déterminer les différents motifs et formes du non-recours, auprès de celles et ceux qui sont ou ont été récemment en situation de non-recours. Dans cette perspective, une série d'hypothèses ont été formulées en amont, pour saisir la diversité des situations vécues par les bénéficiaires, et comprendre les mécanismes de non-recours. La première hypothèse, centrale

[5] À noter que la couverture est surtout plus protectrice pour les bénéficiaires de la CSS avec participation financière par rapport à la couverture qu'offrait l'ACS avec les contrats A et B (cela ne concerne donc pas la majorité des ex-bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS).

[6] Certains points demeurent inchangés : comme pour l'ACS et la CMU-C, la CSS permet de bénéficier des tarifs sans dépassement chez les médecins et les professionnels de santé conventionnés dans le cadre d'un parcours de soins. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est toujours pris en charge sans limitation de durée. Les bénéficiaires sont exonérés de toute participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations et actes médicaux, examens de radiologie, analyses médicales, transports sanitaires.

dans la littérature, est celle d'un non-recours relatif à la non-connaissance ou à la méconnaissance du dispositif, tandis que la deuxième renvoie à la multicomplexité de la démarche, facteur de non-recours. La troisième consiste à envisager que le coût financier et l'arbitrage économique puissent être facteurs de renoncement pour les bénéficiaires avec participation financière. La quatrième est de considérer les effets de lieux sur les dynamiques de non-recours, c'est-à-dire de prendre en considération les ressources différenciées d'un territoire à l'autre. Enfin, le rôle de l'environnement social et de la trajectoire personnelle sur les parcours se pose comme une hypothèse centrale, tout comme le poids des représentations et de l'expérience vécue du point de vue du rapport à l'administration et au système de soins. L'objectif de cette étude est donc de qualifier les situations de non-recours et les facteurs de recours afin de dégager des pistes d'amélioration du dispositif, pour en favoriser le recours.

La méthode

L'étude, réalisée en 2022 par le cabinet Asdo études, a été suivie par un comité de pilotage composé de représentants de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de représentants de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et de représentants de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM). L'étude s'est déployée selon plusieurs phases :

- Lors de la **phase préliminaire** (janvier-février), il s'agissait d'affiner la problématisation de l'étude, d'identifier les hypothèses de recours et de non-recours, de préciser le protocole méthodologique et de concevoir les outils de recueil. Une note de cadrage reprenant l'ensemble de ces éléments a été formalisée et livrée au comité de pilotage à l'issue de cette phase.
- Lors de la deuxième **phase de constitution de la population d'enquête** (mars-avril), les enquêtés ont été recrutés *via* un formulaire de participation envoyé par la CNAM à près de 123 000 assurés bénéficiaires de la CSS. Environ 450 personnes ont renseigné le formulaire et ont manifesté leur intérêt pour participer à l'étude, ce qui correspond à un taux de réponse d'environ 0,4 %. Ces personnes ont ensuite été contactées par téléphone pour convenir d'un entretien d'une heure environ à leur domicile.
- Lors de la troisième **phase de réalisation et d'analyse des entretiens** (mai-juillet), une équipe de trois enquêtrices d'Asdo s'est rendue aux domiciles de 55 personnes pour réaliser les entretiens. Ces 55 personnes ont reçu en fin d'entretien une rétribution financière sous la forme d'une carte-cadeau d'une valeur de 30 euros, utilisable dans une large sélection de grandes enseignes commerciales[7]. Les 15 derniers entretiens se sont faits par téléphone. À l'issue de cette phase, une note de fin de terrain présentant le panel final d'enquêtés, le déroulement du terrain, la réception de l'étude et de premiers enseignements a été remise au comité de pilotage.
- Enfin, lors de la dernière **phase de formalisation des livrables** (septembre-décembre), il s'agissait d'approfondir l'analyse des entretiens et de rédiger le rapport final, remis au comité de pilotage au début du mois de décembre.

L'étude a été déployée dans 3 départements de France métropolitaine, sélectionnés sur proposition de la CNAM et à partir d'une combinaison d'indicateurs sociodémographiques.

Tableau 1 • Les terrains d'enquête

Territoires	Caractéristiques
Territoire A	Territoire rural au taux de pauvreté supérieur à la moyenne nationale et comptant plusieurs « déserts médicaux » notamment dans le sud du département.
Territoire B	Territoire dense et dynamique dont l'attractivité repose principalement sur une métropole centre. Un taux de pauvreté modéré, une population légèrement plus jeune que la moyenne et une offre de soins assez conséquente.
Territoire C	Territoire fortement urbanisé, très dense et très marqué par la pauvreté. Une population beaucoup plus jeune que la moyenne. Une offre de soins proche de la moyenne.

Lors de la phase préliminaire, plusieurs entretiens ont été réalisés pour affiner la problématique et le protocole méthodologique :

- Un entretien avec Isabelle Parizot, docteure en sociologie de l'Institut d'Études politiques de Paris, chercheure associée à l'Inserm (U444), qui a notamment travaillé sur l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées.
- La caisse d'Assurance maladie du territoire A, et plus précisément le coordonnateur du pôle gestion et accès aux droits.
- La caisse d'Assurance maladie du territoire B, et plus précisément la responsable du service prestations/pôle solidarité.

[7] L'opportunité de rétribuer financièrement les enquêtés a été discutée en comité de pilotage. Ce choix présentait plusieurs avantages au regard des caractéristiques de la population d'enquête. Il permettait, par exemple, de mobiliser les personnes les plus sceptiques quant à l'exercice de l'entretien et d'éviter de ne rencontrer que les personnes les plus motivées, les plus volontaires, ce qui peut être un biais sur les sujets d'études liés à la santé.

- La caisse d'Assurance maladie du territoire C, et plus précisément le directeur de la production et la responsable du département gestion des droits.

À l'issue de la phase de terrain, ce sont au total **70 personnes** qui ont pu être rencontrées. Leur répartition par critères de sélection est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 2 • Les profils des enquêtés

Critère	Objectif	Réalisé
Territoire		
Territoire A	23	18
Territoire B	23	26
Territoire C	24	26
Total	70	70
Périodes de non-recours		
Oui	35	25
Non	35	45
Total	70	70
Type de CSS		
Avec participation financière	35	34
Sans participation financière	35	36
Total	70	70
Genre		
Homme	35	34
Femme	35	36
Total	70	70
Âge		
Moins de 30 ans	25	8
Entre 30 ans et 59 ans	35	51
Plus de 60 ans	10	11
Total	70	70
Situation familiale		
Seul sans enfant	20	33
Seul avec enfant(s)	17	18
En couple sans enfant	17	8
En couple avec enfant(s)	16	11
Total	70	70
Situation par rapport à l'emploi		
En emploi	20	24
En recherche d'emploi	25	19
Inactif	25	27
Total	70	70
Type entretien		
Face-à-face	55	55
Téléphonique	15	15
Total	70	70

Il était initialement prévu de réaliser 35 entretiens avec des personnes bénéficiaires de la CSS et 35 entretiens avec des personnes éligibles à la CSS mais non recourantes ou ayant été récemment en situation de non-recours au dispositif. Face aux difficultés de recrutement des personnes appartenant à ce second profil, le comité de pilotage de l'étude a décidé de réaliser les entretiens auprès de 70 personnes bénéficiaires de la CSS, tout en veillant à ce que les éventuelles périodes de non-recours à la CSS soient mises à jour au cours de l'entretien.

Le guide d'entretien, présenté en annexe de ce rapport, a donc été construit de façon à restituer la trajectoire de recours de l'enquêté. Au fil de l'entretien, les enquêtrices ont cherché à comprendre si les personnes avaient pu connaître des périodes d'éligibilité à la CSS sans forcément ouvrir leurs droits. Finalement, parmi les 70 personnes rencontrées, 25 ont connu des périodes de non-recours à la CSS.

Encadré 1 • La réception de l'étude

L'étude a globalement été bien accueillie par la population d'enquête. Malgré quelques craintes et réticences vis-à-vis de l'exercice de l'entretien semi-directif, la plupart des personnes contactées ont manifesté un certain enthousiasme pour participer à l'étude.

Lors de l'envoi du formulaire de participation et au moment de la prise de rendez-vous avec les enquêtés, il a néanmoins été nécessaire de rassurer plusieurs personnes quant aux finalités de la démarche. Les craintes de sollicitations frauduleuses, voire d'arnaques ont été exprimées à de nombreuses reprises par les personnes contactées. Pour rassurer ces personnes, les enquêtrices leur ont fourni une lettre de mission signée par la DREES présentant la démarche d'enquête et les fins d'étude.

Les entretiens ont été menés en grande majorité au domicile des personnes, ce qui a permis aux enquêtrices de recueillir une matière non verbale complémentaire et riche. Pour les enquêtés, l'entretien à domicile était également plus confortable, à la fois d'un point de vue matériel (ils n'avaient pas de déplacements à prévoir par exemple), mais également d'un point de vue symbolique puisque l'entretien se déroulait pour eux dans un espace familier, propice au sentiment de confiance.

Les entretiens ont été particulièrement denses, durant entre 1 heure et 1 h 30, et complexes. Il s'agissait pour les enquêtés et les enquêtrices de reconstituer des trajectoires biographiques, mais également des parcours administratifs, souvent faits d'incompréhensions ou de confusions.

Précautions méthodologiques

La méthode comprend plusieurs biais, qui ont été pris en compte dans l'analyse des entretiens et l'interprétation des enseignements de l'étude.

- Le panel ne comporte pas de « non-recourants absolus », c'est-à-dire de personnes éligibles à la CSS mais n'ayant pas encore ouvert leurs droits au moment de l'entretien. Les situations de non-recours analysées dans cette étude l'ont toutes été au prisme de trajectoire de recours.
- Le recrutement des enquêtés, basé sur le volontariat et sur le renseignement d'un formulaire en ligne a, d'une certaine façon, biaisé la composition du panel final. N'ont pu renseigner ce formulaire que les assurés ayant un compte Ameli et disposant *a minima* de compétences numériques de base et d'un accès à internet. Le panel ne comporte pas de personnes en situation d'exclusion numérique, qui, par définition, constituent un public potentiel de non-recourants à leurs droits, et donc à la CSS.
- Le formulaire ayant été adressé aux bénéficiaires de la CSS, les anciens titulaires de l'ACS qui n'auraient pas fait la demande de CSS payante, car se jugeant perdants en raison d'une augmentation des frais à payer ou d'une baisse de la couverture sur certains postes (contrats C), n'ont pas pu être pris en compte dans cette étude non plus (Fouquet et Pollak, 2022).
- En fin d'entretien, les enquêtrices ont cherché à comprendre les motivations des personnes pour répondre à l'enquête. Il s'avère que la satisfaction vis-à-vis de la CSS faisait partie des motivations premières pour participer à l'étude. Le panel surreprésente ainsi très certainement des bénéficiaires de la CSS convaincus. En miroir, les plaintes, les critiques et les incompréhensions quant au traitement de leur dossier ont également été des facteurs de participation. Plus marginaux dans le panel, ces discours sont néanmoins représentés.
- L'objet même de l'étude, à savoir le recours à une complémentaire santé, a pu susciter l'investissement de personnes particulièrement concernées ou préoccupées par leur santé. Comme le montre la partie 1, le panel est majoritairement composé de personnes rencontrant d'importantes problématiques de santé, mais cela peut également s'expliquer par la surreprésentation des personnes de plus de 50 ans et par les conditions de vie précaires des personnes rencontrées qui, comme l'ont montré de nombreux travaux, sont en moyenne en moins bonne santé que le reste de la population.

- Il a ainsi été difficile de mobiliser le public jeune. Les personnes de moins de 30 ans ont été très peu nombreuses à renseigner le formulaire et à souhaiter participer à l'étude. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette faible mobilisation. Selon une première hypothèse, les publics jeunes n'ont pas souhaité participer à l'étude parce qu'ils se sentent moins concernés par les sujets relatifs à la santé. Étant majoritairement en bonne santé, la santé ne constitue pas une préoccupation à leurs yeux. Selon une seconde hypothèse, c'est parce que les jeunes se connectent moins souvent à leur compte Ameli, qu'ils ont été moins nombreux à prendre connaissance de l'étude et du formulaire. Enfin, selon une dernière hypothèse, c'est la perspective de l'entretien individuel et à domicile qui a découragé les jeunes de participer à l'étude. Accueillir une enquêtrice inconnue chez eux, ou chez leurs parents, peut en effet être une source d'appréhension.

PARTIE 1. LES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Avant d'analyser les périodes de non-recours et les trajectoires de recours à la complémentaire santé solidaire (CSS), cette partie présente les caractéristiques saillantes du panel d'enquêtés en matière de situations familiales et professionnelles, de conditions de vie et de rapport à la santé. Pour comprendre les situations de non-recours et les facteurs de recours à la CSS, il est nécessaire de mettre en perspective les conditions d'existence sociale des publics éligibles. Dans le cadre de cette étude, plusieurs éléments transversaux permettent de caractériser le panel d'enquêtés : les personnes rencontrées sont, pour la grande majorité d'entre elles, dans des situations de précarité économique, matérielle et sociale et ont, par ailleurs, d'importants besoins de santé.

Au-delà de ces caractéristiques communes, les entretiens ont fait apparaître plusieurs grands profils de bénéficiaires. Au sein d'un même profil, on retrouve ainsi des enquêtés qui ont des trajectoires biographiques similaires, des conditions de vie semblables ou des problématiques proches.

Un public en situation de précarité et aux besoins de soins importants

La complémentaire santé solidaire est un dispositif visant à garantir un accès aux soins aux personnes en situation de précarité financière. Au-delà du critère des ressources financières, les personnes rencontrées lors des entretiens se caractérisent par des situations de vulnérabilité, c'est-à-dire des conditions de vie souvent précaires, tant sur le plan matériel que sur le plan social. Par ailleurs, et ce en raison de la forte proportion d'enquêtés ayant entre 55 ans et 65 ans, le quotidien de la plupart d'entre eux est structuré par leurs problématiques de santé (sentiment d'incapacité, fréquence des consultations chez les professionnels de santé, etc.).

Des conditions de vie souvent précaires

Pour bénéficier de la CSS sans contrepartie financière (gratuite), les ressources mensuelles d'une personne seule ne doivent pas dépasser 753 euros par mois[8]. Dans le cas de la CSS avec participation financière (payante), ces ressources mensuelles ne doivent pas dépasser 1 017 euros. De fait, la CSS vise donc un public aux faibles ressources économiques. Cette caractéristique du public bénéficiaire de la CSS est ressortie très fortement dans les entretiens.

Au cours de l'entretien, les enquêtés ont souvent été amenés à détailler les ressources et leurs charges mensuelles, donnant ainsi à voir des budgets contraints. Pour une majorité d'entre eux, leurs ressources dépendent en grande partie de prestations sociales comme le RSA (revenu de solidarité active), de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) ou de pensions d'invalidité[9]. Les enquêtés qui perçoivent des revenus d'activité sont, quant à eux, souvent soumis à une grande irrégularité des ressources. Ils travaillent, pour la plupart, dans le cadre de contrats d'intérim et alternent des périodes d'emploi et des périodes d'inactivité. Ils peuvent ainsi, d'un mois à l'autre, percevoir un salaire au moins équivalent au smic (salaire minimum de croissance) puis des allocations chômage, voire le RSA.

Que ce soit en raison de l'irrégularité des ressources ou de leur faible montant, les enquêtés du panel sont amenés à faire des choix pour quasiment chacune de leurs dépenses quotidiennes. Ainsi, différentes stratégies d'arbitrage ont pu être mises au jour lors des entretiens, et notamment la place qu'occupent les dépenses de santé dans ces arbitrages. Les soins considérés comme moins urgents (suivis dentaire ou ophtalmologique, infiltrations, etc.) ont tendance à être repoussés, voire annulés, par les enquêtés le plus en difficulté. Ce non-recours aux soins pour raison financière est particulièrement présent chez les personnes célibataires et sans enfant.

> « Là, j'ai annulé la rhumato. Je fais des infiltrations 2 à 3 fois par an, **j'avais un rendez-vous lundi mais j'ai annulé, je peux pas payer**. » Sylvie, 53 ans, célibataire, sans enfant, inactive, CSS payante.

[8] Il s'agit ici des critères en vigueur au moment de l'enquête, c'est-à-dire entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022. Depuis, ces plafonds de ressources ont évolué, comme cela a été explicité en introduction. À partir du 1er juillet 2022, le plafond mensuel de la CSS sans participation financière a été revalorisé à 798 euros, et à 1 077 euros pour la CSS avec participation financière.

[9] Ces observations font écho à la publication de l'*Études et Résultats* 1232 de la DREES, selon lequel deux tiers des bénéficiaires du RSA, 25 % des allocataires du minimum vieillesse et 13 % de ceux de l'AAH sont couverts par la CSS (données 2018).

Dans d'autres foyers, les dépenses de santé sont un poste prioritaire du budget. Certains enquêtés réservent tous les mois une somme fixe pour payer leurs rendez-vous médicaux ou leurs traitements, quitte **à renoncer ou à réduire d'autres dépenses**, comme celles liées à l'alimentation[10] ou aux loisirs.

> « Nous le budget… On touche 700 euros pour nous deux, 230 euros d'APL… On a 500 euros de loyer, on monte à 800 euros avec les factures d'eau, internet, téléphone et tout le bordel… Ensuite on paie 8 euros par mois la CMU chacun, donc c'est 16 euros en moins… **Je garde 25 euros par mois pour ce qui n'est pas remboursé**, par exemple le médicament pour calmer les rages de dents ou une crème antibio à appliquer pour des problèmes de peau… **Donc il reste 200 euros à peine pour les courses de nourriture, c'est très serré**. » Théo, 20 ans, en couple, sans enfant, intérimaire, CSS payante.

Les conditions de vie matérielles de la plupart des enquêtés sont également précaires. Les entretiens s'étant déroulés pour la grande majorité d'entre eux au domicile des enquêtés, les enquêtrices ont pu recueillir un matériau non verbal à partir de l'observation des lieux de vie des personnes rencontrées. Une part importante des personnes rencontrées habitent des quartiers paupérisés, relevant souvent des quartiers prioritaires des politiques de la ville (QPV). Certaines sont hébergées chez des amis ou de la famille et sont dans l'incapacité d'avoir leur propre logement. Les logements sont souvent petits et parfois très peu meublés.

La précarité observée lors des entretiens a aussi été d'ordre social. En effet, de nombreux enquêtés sont **isolés socialement** : ils n'ont pas de famille ou peu d'amis sur leur territoire de vie et leurs loisirs se restreignent souvent à des activités solitaires dans l'espace domestique. Leurs espaces de sociabilité sont ainsi relativement limités, notamment faute de moyens financiers. Les activités sportives et culturelles à l'extérieur du domicile, les sorties de sociabilité comme aller au restaurant ou dans des bars sont perçues comme inaccessibles par une majorité d'enquêtés.

> « C'est vrai que c'est dans notre quotidien qu'on le ressent… **moi j'ai zéro loisir parce que je ne peux pas… j'ai la lecture, mais je ne risque pas d'aller au cinéma ou faire un resto. Ça, je ne peux pas… ce sont des choses totalement impossibles pour les gens comme nous.** » Anne-Sophie, 60 ans, célibataire, sans enfant, allocataire de l'AAH, CSS payante.

Parmi les personnes rencontrées, un grand nombre d'entre elles bénéficient d'un **accompagnement par un travailleur social**, le plus souvent dans le cadre du RSA, mais également pour des difficultés plus ponctuelles (recherche de logement, endettement, accès aux droits, etc.). Elles peuvent être suivies par plusieurs professionnels à la fois pour certaines d'entre elles, ce qui a souvent été déterminant dans leur parcours de recours à la CSS, comme l'illustre la partie 3 de ce dossier.

Des problèmes de santé qui structurent la vie quotidienne

Si le panel d'enquêtés se caractérise par une importante précarité, les questions de santé apparaissent également structurantes dans le quotidien de la plupart d'entre eux. Parmi les 70 personnes rencontrées, **28 % bénéficient d'une prise en charge en affection longue durée** (ALD). En comparaison au niveau national, les personnes en ALD ne représentent que 18 % de l'ensemble des assurés. Notons également que **28 % des enquêtés bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés** (AAH), ce qui en fait, là encore, un public surreprésenté dans le panel puisque, au niveau national, ce taux est de 3 %.

Au-delà des statuts, **les personnes rencontrées sont nombreuses à se déclarer en mauvaise santé**, se sentant entravées physiquement par leurs problèmes de santé. Elles décrivent des douleurs quasi quotidiennes, dont l'intensité varie, allant de la simple gêne à l'incapacité de se lever le matin. Limités dans leur motricité et certains gestes leur étant interdits ou impossibles, de nombreux enquêtés sont ainsi en incapacité de travailler. Cette incapacité professionnelle est souvent mal vécue par les personnes rencontrées, qui ont le sentiment de perdre leur pouvoir d'agir. Même les tâches domestiques quotidiennes, comme faire le ménage ou sortir faire des courses, peuvent être sources de difficulté, voire de souffrance.

> « **Ma santé se dégrade, et je sors par obligation**. Je vis au 4e étage. Quand on est arrivé dans cet appartement, on avait la santé mais maintenant je monte l'eau bouteille par bouteille. **Avec les courses je suis essoufflé et mon cœur bat, le médecin m'a dit d'éviter**. » Bahram, 67 ans, en couple, sans enfant, retraité, CSS gratuite.

[10] Plusieurs enquêtés du panel dépendent de l'aide alimentaire.

Pour plusieurs enquêtés, l'accumulation des difficultés financières, matérielles et de santé impacte leur bien-être psychique. Ils se disent déprimés dès le début de l'entretien, insatisfaits de leurs conditions de vie, de leur quotidien et relativement pessimistes quant aux perspectives d'amélioration de leur état. Ils racontent avoir connu des **épisodes de dépression** plus ou moins récemment et certains d'entre eux se font accompagner par des psychologues ou des psychiatres dans le cadre de thérapies.

> « Mon état de santé ? Je dirais pas délabré, mais c'est l'idée… **je me sens vraiment pas au meilleur de mes capacités et physiques et mentales parce que le physique finit par faire flancher le mental.** » Véronique, 48 ans, célibataire, sans enfant, allocataire du RSA, CSS gratuite.

Les problématiques de santé ont des impacts très concrets sur le quotidien des enquêtés. **Leurs semaines sont rythmées par des consultations régulières chez les professionnels de santé** : médecin généraliste pour le renouvellement d'ordonnances, suivi du kinésithérapeute, du podologue, mais aussi du cardiologue. Le suivi de leur santé et de leurs traitements occupe ainsi une place prépondérante dans leur vie. Il implique une réelle organisation, souvent à l'aide d'agendas papiers, que les enquêtés montrent aux enquêtrices lors de l'entretien pour souligner l'investissement que leur suivi médical nécessite.

> « Je suis très organisée. Je me lève tous les jours à 7 heures je nettoie mes yeux, ils sont très fragiles. […] puis petit-déjeuner et à 8 heures je prends un médicament pour la thyroïde. […] j'arrose les plantes et ensuite je change ma pompe à insuline et le patch de contrôle pour le diabète. Et ensuite je fais mon ménage. Je peux pas faire tout d'une traite. Entre les hypoglycémies, je suis obligée de m'arrêter. […] **Et après j'ai tous mes rendez-vous médicaux. Un jour le cardio, un autre le rhumato, le gynéco, l'ophtalmo et le diabétologue**. » Anne-Sophie, 60 ans, célibataire, sans enfant, allocataire de l'AAH, CSS payante.

Si pour la plupart des enquêtés, la santé semble être un élément structurant de leur vie quotidienne, le rapport au corps, au bien-être et même à la médecine est loin d'être uniforme dans le panel. En écho aux travaux de Luc Boltanski sur les « usages sociaux du corps » (Boltanski, 1971), différentes « cultures somatiques » peuvent être observées parmi les enquêtés : **certains enquêtés accordent une attention et un intérêt plus soutenus à leur corps et à leur santé**. Il s'agit notamment des enquêtés les plus âgés (plus de 50 ans), pour lesquels l'avancée en âge s'accompagne de problèmes de santé. Cela les amène à se saisir des questions de santé avec plus d'attention que lorsqu'ils étaient jeunes.

> « **En vieillissant, j'ai de plus en plus besoin de soins.** J'ai des problèmes de dos et de cheville aussi. Mais le dos c'est depuis 15 ans. La cheville c'est plus récent : 2 ans. Au début le dos j'ai pas trop consulté, les douleurs étaient supportables mais par la suite de moins en moins. […] Le dentiste c'est tout nouveau, j'ai commencé à consulter ce mois-ci. » Didier, 52 ans, célibataire, sans enfant, intérimaire dans le bâtiment, CSS gratuite.

Par ailleurs, parmi les « cultures somatiques » du panel, on retrouve chez de nombreux enquêtés des **discours qui valorisent la « résistance au mal et à la douleur »** : ces enquêtés critiquent assez fortement les personnes « qui s'écoutent trop » et qui « consultent pour un oui ou pour un non » et se positionnent au contraire comme de véritables « économes de la consultation », ne se rendant chez le médecin « qu'en cas d'extrême urgence » ou « quand vraiment ça ne va plus ». Comme le montre Luc Boltanski, cette culture somatique est généralement revendiquée par les membres des classes populaires, mais il ne s'agit pas tant d'un principe moral, poursuit l'auteur, que d'une nécessité : « si on refuse de "s'écouter", si on attend la dernière extrémité pour aller voir le médecin, c'est que les contraintes de la vie quotidienne, et les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail et du travail physique que l'on exige continuellement du corps » (Boltanski, 1971). Ce constat vaut en effet pour notre panel, qui est en grande partie composé de personnes en situation de précarité économique et matérielle. La question du coût des consultations a notamment été présentée par de nombreux enquêtés comme un véritable obstacle au recours aux soins, plusieurs enquêtés ayant raconté qu'ils avaient renoncé à se soigner parce qu'ils ne pouvaient pas payer la consultation ou les traitements.

> « Là j'ai une fracture, j'ai attendu deux jours avant d'appeler le médecin. **Je vais devoir aller chez le kiné mais je vais devoir avancer** [le coût des consultations] **donc j'irai pas, je ferai toute seule**. J'ai eu une régul du gaz avec des prélèvements très forts, je suis ric-rac. » Laure, 57 ans, célibataire, sans enfant, ancienne secrétaire en invalidité, CSS payante.

En parallèle des discours de résistance au mal et à la douleur, des discours de méfiance vis-à-vis des professionnels de santé et du système de soins ont été recueillis dans plusieurs entretiens. Ces enquêtés revendiquent de ne pas consulter de professionnels de santé et de « se soigner eux-mêmes », parce qu'ils « ne peuvent pas faire confiance aux médecins ». Ils les soupçonnent de prescrire des traitements et des interventions superflus, voire de réaliser de faux diagnostics, à des fins

financières. En effet, ces enquêtés associent le système de santé à de forts enjeux économiques et se perçoivent comme des « clients » que de « malhonnêtes commerçants » (sous-entendu les professionnels de santé) tenteraient d'escroquer.

> « Le dépistage du cancer je fais pas. Je l'ai fait une fois et un toubib m'a dit qu'il fallait faire une ponction parce que j'avais une grosse boule au sein. Tout de suite, j'ai dit non, je reviendrai plus tard. Je suis allée voir mon docteur, on a fait une échographie et y avait rien… **Depuis ce jour-là je ne fais plus d'écho du sein… on se méfie quand on voit ça.** Les médecins, j'y vais que si besoin. **J'ai confiance en ma généraliste… mais le reste j'y vais pas.** » Rosa, 63 ans, célibataire, sans enfant, retraitée, CSS gratuite.

Les grands profils de bénéficiaires : des personnes en situation de fragilité

Si les conditions de vie précaires et les problématiques de santé apparaissent comme le dénominateur commun des personnes composant le panel de cette étude, cela ne saurait suffire à le qualifier. En effet, parmi les 70 personnes rencontrées, des parcours de vie distincts ont pu être restitués. Différentes situations familiales et socioprofessionnelles sont particulièrement représentées parmi les personnes rencontrées : les personnes récemment arrivées ou de retour en France, les travailleurs précaires, les femmes séparées ou divorcées, les retraités aux « petites retraites » et les jeunes rencontrant des problématiques de santé. Ces situations peuvent être cumulatives : une même personne peut être, par exemple, un jeune rencontrant des problématiques de santé et récemment arrivé en France. Cette partie présente donc ces principaux profils d'enquêtés. Il s'agit, par ailleurs, de grands profils qui donnent à voir des tendances, mais qui ne sont pas exhaustifs, qui ne couvrent pas l'ensemble des personnes rencontrées ni, de fait, l'ensemble des bénéficiaires de la CSS.

Les travailleurs précaires

Près de la moitié des personnes rencontrées (33 sur 70) appartiennent au profil des travailleurs précaires. Profil prédominant dans le panel, les personnes qui le composent ont pour point commun d'occuper des emplois peu qualifiés et pénibles physiquement. Ils exercent très souvent dans le cadre de contrats précaires (missions d'intérim, CDD, etc.) et alternent ainsi des périodes d'emploi et des périodes de chômage, voire de RSA. Les périodes d'emploi, comme les périodes de chômage, peuvent être de durées très variables, allant de quelques jours à plusieurs années, ce qui crée un **contexte de forte incertitude** pour ces personnes. Leur rapport au temps et leur capacité à se projeter dans un avenir proche sont directement impactés par cette instabilité, comme le montrent leurs stratégies de gestion de leurs budgets. Elles évitent, en effet, de s'engager sur des dépenses régulières (comme la souscription à une mutuelle), ne sachant pas si leurs revenus leur permettront d'assumer cette dépense dans les mois à venir.

Parmi les travailleurs précaires, on trouve des ouvriers du secteur du BTP (bâtiment, travaux publics), de la logistique, des aides à domicile, des femmes de ménage ou encore des auxiliaires de vie. Autant de métiers connus pour leurs **nombreux facteurs de risques professionnels** : manutention manuelle de charges, postures pénibles, travail répétitif, etc. Les travailleurs rencontrés dans le cadre de cette étude ont, pour la plupart d'entre eux, une longue carrière derrière eux, et commencent à déclarer des maladies professionnelles. Ils sont également nombreux à avoir connu des accidents du travail et à être en arrêt maladie au moment de l'entretien. **La pénibilité de leurs métiers entraîne d'importants besoins de santé** à mesure qu'ils avancent en âge. Plusieurs d'entre eux ont obtenu une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) à la suite d'un accident du travail. On compte également une forte proportion de personnes en affection longue durée (ALD).

Encadré 2 • Illustration. Didier, intérimaire dans le bâtiment

Didier a 52 ans et vit seul. Il est intérimaire dans le bâtiment depuis près de trente ans. Il alterne entre des périodes d'emploi lorsqu'il a des missions et des périodes de chômage et de RSA. Il est en arrêt maladie depuis trois mois au moment de l'entretien, car il a des problèmes de dos depuis une dizaine d'années qui se sont récemment aggravés. Il touche 600 euros d'indemnités et l'aide personnalisée au logement (APL), mais ces droits s'arrêtent le mois prochain parce qu'il a réalisé quelques heures de missions d'intérim. C'est l'assistante sociale qui l'accompagnait dans le cadre du RSA il y a quelques années, qui lui a parlé de la CSS. Avant cela, ne sachant pas qu'il était éligible, Didier souscrivait à des mutuelles privées lors des périodes de chômage, qu'il résiliait au bout de 3 mois ne pouvant plus les payer. Il restait alors sans couverture complémentaire et ne consultait pas de professionnels de santé, car cela représentait une trop grosse dépense dans son budget, alors même qu'il avait déjà des douleurs au dos.

Les personnes récemment arrivées en France

Parmi les 70 personnes rencontrées, **25 sont récemment arrivées ou revenues en France**. Rassemblant des personnes qui s'inscrivent dans des trajectoires migratoires, c'est-à-dire des personnes qui ont vécu une partie de leur vie à l'étranger avant le moment de l'entretien, il s'agit du second profil le plus représenté dans le panel. Cette forte proportion s'explique, en partie, par un facteur géographique : parmi les trois territoires d'enquête retenus, l'un d'entre eux accueille une part importante de personnes immigrées, notamment parce qu'il concentre de nombreux dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement des demandeurs d'asile et d'étrangers primo-arrivants (OFII, 2021).

Deux types de trajectoires migratoires sont néanmoins à différencier : il s'agit d'une part de personnes étrangères, arrivées pour la première fois en France, et d'autre part de Français de l'étranger qui rentrent d'une période d'expatriation. Si, à première vue, ces deux profils semblent relativement distincts, avec des problématiques propres, **l'arrivée ou le retour en France constitue un moment clé de leur trajectoire biographique**, dans le sens où il implique de nombreuses démarches administratives, parmi lesquelles celle de la couverture complémentaire.

Dans le cas des personnes de nationalité étrangère qui viennent s'installer en France pour la première fois, la décision de quitter leur pays fait suite à différents arbitrages. Pour une grande partie d'entre eux, c'est **un projet professionnel et plus largement la perspective d'améliorer leurs conditions de vie matérielles qui motivent le départ.** Ces personnes ont généralement des proches ou des connaissances en France qui les mettent en relation avec des employeurs, et lorsqu'elles arrivent, elles commencent directement à travailler (parfois sans être déclarées). Elles stabilisent progressivement leur situation (ouverture de leurs droits à l'Assurance maladie, recherche d'un logement) et il arrive que leur famille les rejoigne. **Pour d'autres, l'émigration vers la France résulte de besoins de soins.** Ces personnes quittent leur pays parce qu'elles ou leurs proches ont des problèmes de santé qu'elles ne peuvent pas soigner dans leur pays d'origine, soit par manque d'infrastructures de santé, soit par manque de moyens financiers.

Parmi ces enquêtés récemment arrivés en France, un grand nombre bénéficient d'un accompagnement par un travailleur social. Comme le démontre la partie 3, la présence de ces professionnels dans leur entourage a été un facteur déterminant de recours à la CSS.

Encadré 3 • Illustration. Marta, accompagnée de près par son assistante sociale dès son arrivée en France

Marta a 54 ans et vit chez un ami qui l'héberge depuis 2017, année où elle est arrivée en France. Originaire d'Espagne, elle a travaillé dans un commerce de charcuterie puis en tant qu'auxiliaire de vie pendant près de dix-sept ans. Lorsqu'elle est arrivée en France, elle a continué à travailler en tant qu'auxiliaire de vie (en CDI), mais sa santé s'est fortement dégradée : en 2019 elle est en arrêt maladie et en 2021 elle est licenciée pour inaptitude médicale au travail. Elle a ensuite obtenu de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) grâce aux conseils de son assistance sociale, qui l'accompagne depuis 2017. À partir de 2019, elle a subi de nombreuses opérations (du genou et du bras notamment), et a également été diagnostiquée diabétique, ce qui fait que les questions de santé ont été très structurantes dans son quotidien. Son assistance sociale l'a aidée à ouvrir ses droits à la CSS et ainsi à bénéficier d'une couverture complémentaire pour qu'elle puisse se soigner gratuitement. Marta est très attachée à cette assistante sociale qui constitue une personne ressource : elle l'aide sur le plan professionnel, sur le plan de la santé, mais également du logement puisque, au moment de l'entretien, elle accompagnait Marta dans des démarches visant à obtenir son propre logement.

Pour les Français expatriés qui rentrent en France, **le retour est souvent synonyme de grande confusion**. Mal informés sur leurs droits et sur le système de protection sociale français, ces enquêtés racontent « s'être débrouillés comme ils ont pu » face à la multitude de problématiques qu'ils ont rencontrées : trouver un emploi, trouver un logement, scolariser les enfants, etc. Leur « existence administrative » est chamboulée car ils doivent mettre à jour leur situation vis-à-vis des institutions (préfecture, caisse d'allocation familiale (CAF), caisse d'Assurance maladie, etc.). Et si la carte Vitale fait souvent partie des démarches prioritaires qu'ils engagent, **la question de la couverture complémentaire arrive généralement plus tard**, une fois le tumulte lié au retour apaisé. Il arrive néanmoins que ces personnes se tournent vers un travailleur social, notamment dans le cadre de leur recherche de logement, et bénéficient finalement d'un accompagnement social global, dans lequel les droits à la CSS sont ouverts. La CSS peut aussi leur être directement proposée par leur organisme local de la caisse d'Assurance maladie lorsqu'ils font leur demande de carte Vitale. Ce profil est également particulier, car ces enquêtés ont souvent, au cours de l'entretien, comparé le système de protection sociale français à ceux des pays dans lesquels ils ont vécu. Si certains soulignent la complexité des démarches d'ouverture des droits pour les usagers en France, ils sont unanimes quant à l'efficacité de ce système et sont ainsi très heureux de pouvoir se soigner gratuitement en France.

Encadré 4 • Illustration. Christelle, de retour en France après dix ans dans les îles

Christelle a 57 ans, elle est accompagnante d'élève en situation de handicap (AESH) dans des établissements scolaires. Elle est séparée de son conjoint depuis quelques années, avec lequel elle a eu deux enfants qui ont 27 ans et 22 ans au moment de l'entretien. La famille a vécu près de dix ans en Polynésie. À l'époque, son conjoint avait la possibilité de rejoindre une entreprise familiale dans cette région, et Christelle a interrompu son activité professionnelle pour s'occuper de ses enfants durant cette période. Mais la situation financière de la famille se détériore au bout de dix ans et les contraint à quitter l'île. Son conjoint ayant une opportunité professionnelle dans un pays d'Afrique, Christelle et les enfants le suivent. À ce moment, Christelle reprend une activité professionnelle et ouvre son salon d'esthétique, mais elle se sent moins bien qu'à Tahiti. Elle peine à s'intégrer et ne se sent pas à sa place dans ce nouveau territoire, elle ne s'entend plus avec son conjoint, et elle est inquiète à l'idée de voir sa fille aînée rentrer seule en France pour faire ses études. Elle décide alors de quitter son conjoint et de rentrer en France avec ses deux enfants. Elle s'installe temporairement chez sa mère et décrit cette période comme particulièrement difficile : « En France, on ne nous attend pas. On revient, on n'a pas de travail, pas de logement, personne pour nous aider. » Elle enchaîne les contrats aidés, les CDD et les missions d'intérim et se tourne vers le centre communal d'action sociale (CCAS) de sa commune pour obtenir rapidement un logement. Elle s'adresse également à la caisse d'Assurance maladie pour refaire sa carte Vitale, et la CSS lui est alors proposée par la même occasion, mais avant cela, Christelle ne s'était pas posé la question de la couverture complémentaire, ayant bien d'autres urgences à gérer.

Les femmes séparées ou divorcées

Ce profil rassemble **douze femmes qui ont connu une séparation ou un divorce dans leur vie**. Cet événement a constitué un tournant dans leur trajectoire biographique, parce qu'il a entraîné un changement brutal de leur situation : elles ont dû déménager et parfois changer de région, elles ont vu leurs revenus baisser, elles ont dû trouver un emploi ou en changer, etc. Leur existence sociale a été profondément bouleversée au moment de la séparation ou du divorce et a impliqué de nombreuses démarches administratives et professionnelles pour s'adapter et rebondir. Parmi ces douze femmes, **huit d'entre elles avaient des enfants à charge** dont elles se sont vu attribuer quasi exclusivement la garde. Aux enjeux professionnels et administratifs s'ajoutent ainsi les questions de scolarisation des enfants, d'organisation de leur emploi du temps, des choix éducatifs et de la coparentalité avec l'ex-conjoint.

Pour une majorité de ces femmes, **la séparation ou le divorce fait suite à des situations de violences conjugales**. Elles racontent les coups, les humiliations dont elles ont été victimes et les difficultés à quitter leur conjoint violent. Pour certaines, les violences subies ont entraîné des besoins de soins importants et un suivi médical plus régulier : elles ont dû être opérées à la suite de fractures, doivent prendre des traitements, etc. À leurs besoins de santé, s'ajoutent ceux de leurs enfants, qui selon les âges peuvent être plus ou moins importants. Lorsqu'elles ont des enfants en bas âge, par exemple, les consultations chez le pédiatre sont plus fréquentes que lorsqu'elles ont des adolescents.

La couverture complémentaire est alors un véritable sujet pour ces femmes, d'autant plus qu'elles étaient **souvent couvertes jusque-là par la complémentaire santé de leur ex-conjoint**. Parmi les nombreuses démarches qu'elles doivent réaliser au moment de la séparation ou du divorce, la recherche d'une nouvelle complémentaire apparaît bien souvent comme une priorité, ne serait-ce que pour la prise en charge des soins directement liés aux violences qu'elles ont subies.

Ce profil regroupe des femmes de **différents milieux socioprofessionnels**. Il peut aussi bien s'agir de femmes aux conditions de vie précaires, occupant des emplois peu qualifiés et peu rémunérés, que de femmes diplômées avec des situations plus confortables. Pour ces dernières, ce sont les violences conjugales et l'incapacité à travailler qui en résulte, qui expliquent qu'elles se retrouvent temporairement avec de faibles revenus et donc éligibles à la CSS.

Encadré 5 • Illustration. Amina, divorcée d'un ex-mari qui l'empoisonnait

Amina a 48 ans, elle est juriste autoentrepreneuse et vit seule. Diplômée d'un master de droit, elle a travaillé dans de nombreuses structures et institutions avant de se mettre à son compte en tant que juriste consultante. Originaire du Maroc, elle y a fait la majorité de ses études. Elle est venue en France pour compléter sa formation après avoir exercé comme juriste au Maroc. Amina appartient à une famille aisée : son père est un militaire haut gradé, ses frères et sœurs ont également fait de longues études et se sont installés dans différents pays européens.

Peu après son arrivée en France, elle se marie avec un Français, boulanger pâtissier. D'un statut social inférieur au sien, Amina décrit ce conjoint comme jaloux. Elle explique aussi qu'il est très fêtard et dépensier, notamment avec l'argent qu'elle gagne.

En 2005, Amina commence à tomber malade. Elle perd 15 kg et ne digère plus aucun repas. Elle prend rendez-vous chez des gastro-entérologues, fait tout une série d'examens, mais les médecins ne trouvent pas d'explication. Son conjoint ne souhaite pas d'enfants, mais Amina tombe enceinte deux fois, sans parvenir à mener les grossesses à terme (Amina connaît deux interruptions spontanées de grossesse). Elle prend conscience pour la deuxième grossesse que c'est son conjoint qui lui a administré sans son consentement un médicament abortif. Elle divorce malgré le refus violent de son conjoint. Après le divorce, ses problèmes de santé continuent d'empirer jusqu'au jour où, en 2014, elle fait un malaise. Elle est hospitalisée d'urgence et découvre alors qu'elle a été empoissonnée à petite dose depuis une dizaine d'années. Son conjoint lui administrait tous les jours dans son repas un poison à base de plomb, dans l'espoir d'hériter des biens financiers d'Amina, et de pouvoir continuer sa vie avec son ex-compagne et son fils. Son système digestif, ses os, ses dents et tout son métabolisme ont été durablement altérés. Amina obtient la reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapé (RQTH) et la prise en charge de ses dépenses de santé dans le cadre d'une affection longue durée (ALD). Elle doit consulter très régulièrement un cardiologue, un gynécologue, un dentiste, un ophtalmologue et un oncologue car elle a des traitements très rigoureux depuis et surtout de grands risques de déclarer des cancers.

Ayant une bonne connaissance de ses droits et du système de protection sociale français compte tenu de son métier, elle fait une demande de CMU-C (future CSS) rapidement après son hospitalisation, dès qu'elle n'a plus bénéficié de la mutuelle de son entreprise.

Les retraités aux « petites retraites »

Ce profil compte **onze enquêtés qui se caractérisent tout d'abord par leur statut, celui de retraité**. Il regroupe à la fois des jeunes retraités, qui ont entre 60 et 65 ans, mais également des personnes ayant plus de 70 ans. La question du statut plus ou moins récemment acquis a été un sujet structurant dans ces entretiens. En effet, **le passage à la retraite a entraîné pour la plupart de ces personnes un « chamboulement administratif ».** L'ouverture des droits à la retraite a parfois pris plusieurs mois, laissant ces personnes sans ressources. Dans plusieurs cas, ces enquêtés n'avaient pas connaissance de l'intégralité de leurs droits et surtout ne comprenaient pas la différence entre régime général et pensions complémentaires. Une personne a, par exemple, découvert plusieurs années après avoir ouvert ses droits au régime général qu'elle bénéficiait d'une pension de retraite complémentaire. Elle a alors perçu d'importantes sommes d'argent correspondant aux pensions qu'elle n'avait pas touchées jusque-là, ce qui a perturbé ses droits à d'autres prestations sociales comme la CSS (ses ressources dépassant exceptionnellement les plafonds d'éligibilité, elle n'a pas pu bénéficier de la CSS l'année suivant la régularisation des arriérés).

Les retraités rencontrés dans le cadre de cette étude se caractérisent, par ailleurs, par **leur faible niveau de ressources**. Ils perçoivent entre 600 et 900 euros de pension, et la plupart n'ont pas recours à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Ils sont nombreux à être locataires de leur logement et à avoir ainsi des charges élevées, ce qui leur laisse **un reste à vivre très réduit**. Leurs budgets sont très contraints, mais à la différence d'autres enquêtés plus jeunes qui choisissent de reporter ou de renoncer à des soins face à d'autres priorités, les retraités ont des problématiques de santé plus importantes et plus structurantes. Pour ces derniers, **les questions de santé sont une priorité**. Ils sont souvent atteints de pathologies chroniques comme le diabète qui nécessitent des traitements quotidiens et un suivi régulier par des professionnels de santé. Ils doivent quasiment consulter leur médecin généraliste une fois par mois, notamment pour le renouvellement d'ordonnances. Ils ont également des suivis réguliers par des professionnels de santé de second recours comme les cardiologues. Pour ces enquêtés, la question de l'accessibilité financière est donc centrale dans leur rapport à la santé et aux soins. Le report ou le renoncement aux soins pourrait entraîner de sérieuses aggravations de leur état de santé.

Encadré 6 • Illustration. Bahram, retraité aux faibles ressources à forts besoins de soins

Bahram a 67 ans, il vit avec sa femme dans un logement social. Il a deux filles adultes indépendantes et il est grand-père d'un petit garçon de 7 mois. Retraité depuis trois ans, il décrit sa carrière comme chaotique : il a travaillé dans le bâtiment, dans la métallurgie, dans la sécurité et dans les transports, enchaînant des postes peu qualifiés et des contrats précaires (principalement des CDD). Il a connu plusieurs périodes de chômage, sans jamais bénéficier du RSA. Il y a quelques années, il chute sur son lieu de travail et se fracture le poignet. À la suite de cet accident de travail, il se retrouve en arrêt maladie, puis au chômage jusqu'à ce qu'il puisse ouvrir ses droits à la retraite. Peu à l'aise avec les démarches administratives, ce changement de statut s'est révélé très compliqué pour Bahram. Sa pension de retraite est de 667 euros, il a fait une demande de retraite complémentaire, mais il est toujours sans réponse au moment de l'entretien. Quant à l'Aspa, il trouve le formulaire de demande trop compliqué.

Depuis vingt-cinq ans, Bahram est diabétique. Il a par ailleurs des problèmes cardiaques et du cholestérol. Il prend donc de nombreux traitements au quotidien : un cachet pour le cœur, un cachet pour le diabète, un cachet pour la tension et le cholestérol et quatre piqûres d'insulines toutes les 24 heures Depuis son accident du travail, il est suivi plus régulièrement par son médecin traitant, qui lui renouvelle ses ordonnances. Il voit son cardiologue tous les trois mois, et un ophtalmologue une à deux fois par an. Son diabète donne lieu à une prise en charge de la majeure partie de ses dépenses de santé *via* une ALD (affection longue durée), mais il reconnaît que sans la CSS, il ne pourrait pas s'acheter de lunettes ou consulter d'ORL (oto-rhino-laryngologiste).

Les jeunes rencontrant des problématiques de santé

Ce dernier profil rassemble **neuf enquêtés qui ont moins de 30 ans**. Il s'agit des enquêtés les plus jeunes, mais aussi des plus difficiles à mobiliser dans le cadre d'études portant sur les questions de santé. Les caisses d'Assurance maladie ont, en effet, rapporté lors des entretiens de cadrage que les publics de moins de 25 ans éligibles à la CSS sont très difficiles à capter pour plusieurs raisons. Leur situation familiale frôle souvent les frontières de l'éligibilité : lorsque ces derniers résident chez leurs parents, par exemple, l'ensemble des revenus du foyer sont pris en compte pour le calcul de l'éligibilité et ces jeunes se retrouvent donc au-dessus des plafonds de ressources. Par ailleurs, les jeunes rencontrés dans le cadre de cette étude sont tous confrontés à des problématiques de santé importantes, ce qui confirme l'hypothèse de départ selon laquelle les jeunes en bonne santé se sentent moins concernés par les enjeux de couverture complémentaire.

En effet, les neuf jeunes qui ont accepté de participer à l'étude font face à **des difficultés de santé très particulières** : l'un souffre d'un Covid long, un autre prend un traitement de substitution dans le cadre d'un sevrage à l'héroïne et un autre encore suit une chimiothérapie pour traiter un cancer. De manière similaire aux retraités, les soins s'imposent à ces jeunes. La gravité des pathologies et la lourdeur des traitements nécessitent un suivi médical régulier et un engagement de ces jeunes sur les questions de santé, qui viennent finalement structurer leur quotidien.

Les enquêtés regroupés dans ce profil présentent également la particularité d'être relativement entourés : **ils bénéficient du soutien ou de l'accompagnement de leurs familles** (parents ou conjoints), des **professionnels de santé qui les suivent mais également de travailleurs sociaux**, notamment lorsqu'ils ont été pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Ces personnes constituent des ressources pour ces jeunes et ont bien souvent joué un rôle d'information et d'orientation auprès d'eux. En informant les jeunes de l'existence de la CSS et en les aidant à en faire la demande, cet entourage a été un facteur déterminant de l'accès aux droits de ces jeunes.

Encadré 7 • Illustration. Timothée, ancien héroïnomane, sous traitement de substitution

Timothée a 22 ans et vit avec son conjoint depuis quatre ans. Tous les deux sont pacsés. Timothée travaille dans la restauration rapide et il est en CDI. Il a arrêté l'école à 15 ans, après avoir tenté deux apprentissages dans le secteur de la vente. Il se tourne alors vers une mission locale et bénéficie de la Garantie jeune, jusqu'à ce qu'il trouve un emploi dans un hypermarché en CDI. Il quitte le domicile de ses parents à l'âge de 16 ans et commence à consommer régulièrement de l'héroïne après s'en être vu proposer en soirée. Il consomme quotidiennement pendant deux ans, jusqu'à ce qu'il rencontre son conjoint et décide de soigner son addiction. À partir de ce moment, les questions de santé sont devenues un élément structurant de la vie de Timothée, compte tenu du nombre de professionnels qui ont commencé à le suivre, de la fréquence des consultations et du poids des traitements. Son médecin traitant l'a d'abord orienté vers un CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) qui l'a suivi les six premiers mois du sevrage. Ensuite c'est son médecin traitant qui a pris le relais. Timothée le voit tous les 15 jours pour avoir son traitement de substitution à base de méthadone, dont les doses diminuent progressivement. Sa consommation d'héroïne a entraîné des problèmes de dentition et Timothée est donc suivi régulièrement par un dentiste. Son médecin l'a également orienté vers un cardiologue pour des essoufflements anormaux. Timothée dit clairement qu'il ne pourrait pas se soigner sans la CSS : son traitement de substitution coûte 63 euros et ses revenus ne lui permettent pas de le payer. Il ne pourrait pas non plus avancer les frais de consultation pour les autres professionnels qu'il voit.

PARTIE 2. TYPOLOGIE DE NON-RECOURS

Malgré l'absence de « non-recourants absolus » dans l'échantillon d'étude, de nombreuses situations de non-recours ont été abordées lors des entretiens : parmi les 70 enquêtés rencontrés, 25 ont connu des périodes de non-recours à la CSS (soit 34 % du panel). Ces situations ont été identifiées au fil de la reconstruction du parcours administratif de la personne : l'enquêtrice et/ou la personne elle-même ont fait le constat d'une période d'éligibilité à la CSS (ou plus exceptionnellement à la CMU-C ou à l'ACS) lors de laquelle elle n'en a pas bénéficié. Parmi ces périodes de non-recours, 20 ont été considérées comme exploitables et mobilisables pour l'analyse, dès lors qu'elles étaient relativement récentes pour que la personne puisse s'exprimer sur le sujet (la plupart s'inscrivant après 2019 et la mise en œuvre de la CSS) et qu'il était possible pour l'enquêtrice d'en identifier le motif.

En se fondant sur ces matériaux, cette partie présente une typologie des formes de non-recours à la CSS qui, si elle converge avec celle établie par l'Observatoire du non-recours (Odenore) pour d'autres types de prestations sociales, présente certaines spécificités. Cette typologie est construite à partir de celle de l'Odenore, qui a constitué une première grille de lecture, avant d'être réaménagée et ajustée au regard de l'analyse spécifique des périodes de non-recours qu'ont connues les enquêtés. L'étude a permis d'identifier un non-recours à la CSS par non-connaissance, par non-demande et – dans une moindre mesure – par non-réception. Le non-recours par non-proposition n'a pas été identifié ou relevait, dans les discours recueillis, davantage de la non-connaissance, dans la mesure où l'étude appréhende le non-recours du point de vue de l'usager (et non des logiques de prescription dans le champ administratif). La méconnaissance est apparue comme une forme de non-recours spécifique et structurante dans le cadre de la CSS. Cela étant, il s'agit de préciser que les formes de non-recours présentées dans cette partie ne sont pas exclusives : certaines situations peuvent être à la croisée de plusieurs formes de non-recours.

Encadré 8 • La typologie des formes de non-recours de l'Odenore

- La non-connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue.
- La non-proposition, lorsque l'offre n'est pas proposée aux usagers par les agents, malgré leur éligibilité.
- La non-réception, lorsque l'offre est connue, demandée, mais pas obtenue ou utilisée.
- La non-demande, quand l'offre est connue mais pas demandée, abandonnée, ou bien un droit est ouvert mais la prestation non utilisée, un service est accessible mais non sollicité.

Source > WARIN, P. (2010). Le non-recours : définition et typologies. Odenore, *Working Paper*, n° 1, juin (actualisé en décembre 2016).

La non-connaissance : l'offre n'est pas connue

Parmi les 25 enquêtés qui ont connu des périodes de non-recours, 6 n'ont pas recouru à la CSS pour cause de non-connaissance : **les personnes n'avaient pas connaissance de l'existence du dispositif alors qu'elles pouvaient en bénéficier**. Souvent avancée pour expliquer le non-recours aux prestations sociales, cette explication était déjà soulevée dans les cas de la CMU-C ou de l'ACS (Guthmuller *et al.*, 2014 ; Revil, 2010). Le défaut d'information est au cœur de cette forme de non-recours. Dans l'échantillon d'étude, il est **particulièrement identifié chez le profil des personnes récemment arrivées en France**. Cette période se caractérise par un temps d'acculturation, au cours duquel le manque de connaissance du système administratif se conjugue à une certaine difficulté d'accès à l'information (complexité d'identification des organismes de référence et de ce qu'ils peuvent proposer, ce d'autant plus lorsque les personnes sont confrontées à la barrière de la langue). **La perte d'emploi se présente aussi comme un facteur de non-recours important** : les personnes jusque-là habituées à avoir une mutuelle d'entreprise n'ont pas nécessairement connaissance de l'existence de la CSS et n'en sont pas toujours informées dans leur parcours de recherche d'emploi (à l'image de Franck, dont la trajectoire est présentée ci-dessous). Ces personnes peuvent avoir un prolongement de leur mutuelle d'entreprise et connaître des périodes de latence, dans l'attente de retrouver un emploi. Lors de ces périodes, la recherche d'information concernant les prestations sociales d'aide financière à l'accès aux soins de santé n'est pas prioritaire.

Pour ces profils, le besoin de soin et/ou le début d'un accompagnement social[11] se présentent comme les principaux vecteurs d'information : la rencontre avec des professionnels du social ou du médico-social, qui informent les personnes sur leurs droits, leur permet de prendre connaissance de l'existence du dispositif et d'engager une démarche de recours. C'est ce qu'expose Sylvia, originaire d'Espagne et arrivée en France en 2014 en raison de la crise économique :

[11] Ces facteurs de recours seront étudiés dans la partie 3 de ce dossier.

« **Je ne savais pas que cela existait les mutuelles de l'État. Je ne connaissais pas ces choses.** C'est après mon opération, mon amie m'a dit d'aller voir l'assistante sociale. Elle m'a aidée à faire les démarches et m'a parlé de la CMU. » Sylvia, 54 ans, célibataire, sans enfant, inactive, en incapacité de travailler, CSS payante.

Le rapport à la couverture complémentaire est structurant dans les situations de non-recours par non-connaissance : les personnes qui connaissent mal le système de protection sociale français ne comprennent pas nécessairement le mécanisme de couverture complémentaire en soi. Cela étant, le non-recours par non-connaissance peut aussi toucher des personnes familières de l'articulation entre « la part Sécu » et la « part complémentaire », à l'image de Franck, dont la situation est présentée dans l'encadré ci-dessous. Ce type de situation renvoie au fait que – contrairement à d'autres prestations sociales, plus médiatisées comme le RSA – **la CSS est un dispositif mal connu du grand public**[12].

Encadré 9 • Illustration. Non-recours par non-connaissance

Franck a 48 ans, il est divorcé et père de trois enfants de 19, 16 et 12 ans à sa charge, avec lesquels il vit dans une maison de location dans un territoire rural. Franck a été en situation de non-recours entre 2020 et 2021. Après avoir été licencié de son poste de cariste qu'il a occupé pendant sept ans, Franck se retrouve au chômage, dont il tire son unique source de revenu, à hauteur de 1 100 euros par mois, pour couvrir les besoins de la famille. Lorsque sa mutuelle employeur se clôture, il souscrit à une mutuelle privée, pour laquelle il fait des concessions financières : « Je n'avais pas le choix […] on ne pouvait pas rester sans mutuelle, surtout avec des enfants ». Il explique ne pas avoir eu connaissance de la CSS à ce moment-là, expliquant le recours à une mutuelle privée. Lorsqu'il reçoit une « publicité » pour la CSS sur son compte Ameli, il se renseigne, identifie son éligibilité et fait une demande avant de résilier sa mutuelle privée.

Les personnes de l'échantillon d'étude en situation de non-recours par non-connaissance ont entre 40 et 80 ans. Même si aucun jeune dans ce cas n'a été rencontré lors de l'étude, l'hypothèse est que ce type de non-recours est particulièrement marqué pour ce profil. En effet, plusieurs travaux mettent en évidence **le poids du manque d'information des jeunes sur le recours aux droits et services auxquels ils peuvent prétendre** et sur les démarches à engager (Aldeghi *et al.*, 2016 ; Vial, 2018). La difficulté d'informer ce public sur la CSS s'est présentée comme une problématique centrale pour les caisses d'Assurance maladie, qui travaillent à développer des stratégies de communication ciblées :

« Pour la CSS, **c'est très complexe d'atteindre les moins de 25 ans, de leur transmettre l'information**. On parvient à cibler les jeunes en ALD, en les faisant accompagner par les maisons d'accueil spécialisées (MAS). On a aussi essayé une action « Sms Clic Rdv » pour un autre type de jeunes, sans ALD, où ils reçoivent un message et peuvent cliquer pour prendre un rendez-vous et être accompagnés sur leur dossier… On a aussi travaillé à développer la stratégie *d'aller vers* depuis la crise sanitaire pour ce public, lors des campagnes de vaccination. Ça, ça a plutôt bien marché ». Responsable du département gestion des droits de la caisse d'Assurance maladie d'un département urbain.

La méconnaissance : l'offre est mal connue

Parmi les 25 enquêtés qui ont connu des périodes de non-recours, 8 n'ont pas recouru à la CSS pour cause de méconnaissance du dispositif : **les personnes ont connaissance du dispositif, mais de manière partielle, lacunaire, voire erronée**. Du fait de cette méconnaissance, les personnes ne s'identifient pas comme éligibles alors qu'elles le sont, et elles ne se sentent pas concernées. Ce type de non-recours n'est pas présent dans la typologie générale de l'Odenore comme une forme spécifique : la méconnaissance est davantage assimilée à la non-connaissance. Mais dans le cadre de la CSS, la méconnaissance apparaît comme la forme de non-recours la plus représentée dans l'échantillon d'étude et relève donc d'un type de non-recours en soi. De récents chiffres du Baromètre d'opinion de la DREES (2020) mettent d'ailleurs en évidence que la CSS est une prestation sociale globalement méconnue, en particulier la CSS avec participation financière. L'évaluation de la connaissance de différentes prestations sociales montre que, parmi les allocations familiales, les aides au logement, le RSA, la prime d'activité et le minimum vieillesse (Aspa), la CSS gratuite se trouve en quatrième position et la CSS payante en dernière position. Autrement dit, elle est la prestation sociale la moins connue : seules 28 % des personnes interrogées déclarent avoir connaissance du dispositif et seules 9 % des personnes interrogées déclarent en avoir une connaissance assez précise.

[12] Ce point sera développé dans la partie 4 de ce dossier.

L'étude qualitative montre que la principale confusion réside dans le flou autour des critères d'éligibilité :

> « **Je pensais que c'était pour les gens qui ne travaillaient pas.** » Sandrine, 41 ans, célibataire, trois enfants, aide-soignante en arrêt maladie, CSS payante.

> « L'assistante sociale m'a parlé de la CSS. Avant je ne savais pas que j'avais le droit à la CSS en tombant au RSA… Je n'ai pas demandé la CSS avant le RSA car j'étais au-dessus, 900 à 1 000 euros par mois. Je ne savais pas que j'aurais pu avoir la CSS à ce moment-là. Si j'avais su j'aurais demandé. En 2019 je n'avais rien, je n'étais pas couvert, je ne savais pas… **Je pensais que c'était que pour les très petits revenus**, et je ne savais pas qu'il pouvait y avoir une participation financière. » Didier, 52 ans, célibataire, sans enfant, intérimaire dans le bâtiment, CSS gratuite.

Le flou autour des critères d'éligibilité est vaste et recouvre une **méconnaissance du public concerné** reposant sur de grandes catégories : « ceux qui travaillent » et « ceux qui ne travaillent pas », ou encore « ceux qui ont des "très bas revenus" » et « les autres ». Cette méconnaissance relève de l'ordre des représentations et constitue un frein à la prise de connaissance détaillée de l'accès au dispositif et des critères d'éligibilité qui lui sont propres. **Cette forme de non-recours concerne principalement les travailleurs précaires** de l'échantillon d'étude. Ce constat renvoie aux difficultés rencontrées par les personnes disposant d'un statut professionnel précaire et incertain (notamment intérimaires et indépendants) pour identifier leur éligibilité aux prestations sociales (Mazet et Revil, 2018). Comme le souligne le dernier extrait d'entretien, outre la méconnaissance du public pouvant prétendre à la CSS, les personnes témoignent d'une méconnaissance du dispositif, de son fonctionnement et de ses différents volets, avec et sans participation financière. Si cela est propre à la CSS, les recherches sur le non-recours mettent en évidence que la méconnaissance des modalités du dispositif est la première cause de non-recours, par exemple dans le cadre du RSA (notamment du fait de la non-identification de son volet activité) [Obkani, 2013].

Encadré 10 • Illustration. Non-recours par méconnaissance

Ali a 53 ans, il habite dans un logement social d'un quartier prioritaire politique de la ville. Divorcé et père de deux enfants de 9 et 11 ans, il est aujourd'hui remarié et vient d'avoir un troisième enfant. Ali a longtemps bénéficié de la mutuelle de son employeur, lorsqu'il travaillait en tant qu'agent de sécurité pour une entreprise privée. En 2018, il entame une reconversion en raison d'un stress au travail trop important. Cette année-là est aussi marquée par son divorce et un déménagement. Ses enfants vont vivre avec leur mère et restent sur la mutuelle de cette dernière (fonctionnaire). Au moment de sa reconversion, Ali continue de payer une mutuelle privée, à ses frais. Il trouve peu de temps après un emploi de plongeur dans un grand hôtel, fait d'intérim et de contrats à durée déterminée renouvelés. En 2021, il se remarie à l'étranger et sa femme le rejoint en France. Enceinte, elle connaît une grossesse avec de nombreuses complications et Ali doit avancer des frais médicaux car la mutuelle privée à laquelle il a souscrit ne prend pas en charge les frais médicaux nécessaires. Alors qu'il confie à ses collègues les difficultés rencontrées, l'un d'eux lui recommande de faire la demande de CSS, qu'il obtient malgré quelques obstacles administratifs (rassemblement de papiers d'acte de mariage et de séjour). Si les soins dont sa femme a besoin sont pris en charge pour la suite de sa grossesse, Ali conserve quelques dettes à rembourser héritées de la période où il bénéficiait de sa mutuelle privée. Ali explique lors de l'entretien que s'il avait eu connaissance du dispositif « type CMU », il y aurait souscrit, mais il ne pensait pas pouvoir en bénéficier car il était en emploi : « je pensais que c'était pour les gens qui ne travaillaient pas et qui n'avaient pas de revenus ».

La non-demande : l'offre est connue, mais n'est pas sollicitée

Parmi les 25 enquêtés qui ont connu des périodes de non-recours, 8 n'ont pas fait de demande de CSS alors qu'ils connaissaient le dispositif et leur éligibilité, s'inscrivant dans une forme spécifique de non-recours : la non-demande. Autrement dit, même si ces personnes avaient connaissance de la CSS – ou du moins de la « CMU » – et de leur éligibilité, elles n'ont pas sollicité l'aide. Les situations rencontrées dans le cadre de l'enquête mettent en lumière plusieurs facteurs explicatifs. Premièrement, la personne s'est découragée face à la complexité des démarches, notamment parce qu'elle ne dispose pas des ressources pour les engager. Deuxièmement, la personne n'a pas la disponibilité psychologique. Troisièmement, la personne décide de ne pas demander la CSS après arbitrage économique. Le non-recours par non-demande apparaît transversal aux différents profils.

Le découragement face à la complexité des démarches

Le découragement des personnes face à **la complexité des procédures est largement identifié comme un vecteur de non-recours aux droits**, il a été particulièrement souligné dans le cadre de l'ACS (Guthmuller *et al.*, 2014). Si la complexité de la démarche – source de découragement – comme vecteur de non-recours n'a pas été identifiée de manière prédominante dans le cadre de cette étude, quelques cas spécifiques sont toutefois ressortis. Par exemple, la phobie administrative et médicale du compagnon de Vera qui se conjugue avec le découragement d'engager des démarches de recours dans une période de recherche d'emploi, dans l'attente de retrouver une mutuelle d'entreprise :

> « Mon conjoint n'est pas couvert. **Il n'a pas fait ses papiers. *A priori*, il serait éligible avec une participation, comme moi.** C'est un dossier à remplir, des papiers à sortir, il ne prend pas le temps de le faire. Il ne consulte pas les médecins donc il dit qu'il n'en a pas besoin. Moi je pense qu'il devrait avoir des lunettes mais il n'y va pas. Avant avec le travail il était couvert, mais là en intérimaire il ne l'est pas. Il dit qu'il en retrouvera une avec un travail. » Vera, 35 ans, en couple, deux enfants, en recherche d'emploi, CSS payante.

La non-disponibilité

Certaines personnes ont été en situation de non-recours par non-demande car bien qu'elles aient connaissance de la CSS (ou du moins de la CMU), elles n'avaient pas la disponibilité psychologique pour engager les démarches. Ce facteur de non-recours **concerne particulièrement les personnes en situation de grande fragilité, qui sont confrontées à d'autres priorités**, comme l'urgence de subvenir à leurs besoins primaires (entre autres, recherche de logement, difficultés à nourrir sa famille), la recherche d'emploi, ou une arrivée en France chargée de procédures administratives :

> « Quand je suis arrivé en France, **la première étape c'est qu'il fallait s'intégrer, demander la CMU, ce n'est pas la première chose que j'ai faite**. C'est que dans un second temps, une fois que j'étais installé, que j'ai vu ça, ça a traîné un peu, la demande de carte Vitale et de CMU. » Manuel, 30 ans, célibataire, étudiant, CSS gratuite.

D'autres cas de non-disponibilité psychologique ont pu être identifiés, relevant de situations très variables et pouvant se mêler au découragement face à la complexité des démarches. Il peut s'agir de jeunes, qui ont connaissance de la CSS mais qui sont habités par d'autres préoccupations, à l'image de Lounès, dont le parcours est présenté ci-dessous. La situation de Véronique, dont la phobie administrative s'est muée en non-disponibilité psychologique concernant les démarches de recours au droit, peut à ce titre être soulignée elle aussi :

> « La période sans existence [administrative] c'était entre 2012 et 2017. J'avais vu une conseillère insertion qui a **causé ma phobie administrative**. Le rendez-vous s'est très mal passé, elle a décelé un profil de feignante et m'a coupé le RSA… Donc **je me suis retrouvée sans droits, ça m'a traumatisé pour les redemander**… J'ai vécu sans rien, ma tante m'aidait, mon compagnon m'aidait. » Véronique, 48 ans, célibataire, sans enfant, en recherche d'emploi, CSS gratuite.

Encadré 11 • Illustration. Une non-demande de CSS du fait de non-disponibilité

Lounès a 22 ans et habite en foyer dans la banlieue d'une grande métropole. Il est passé par une école de la deuxième chance (E2C), destinée aux jeunes de moins de 26 ans sortis du système éducatif sans diplôme ni qualification professionnelle, qui l'a notamment accompagné pour faire sa carte d'identité et sa carte Vitale, ou encore passer le permis. Il commence actuellement un emploi et cela se passe bien (stage, puis CDD, et bientôt un CDI). Au moment de l'entretien, Lounès a une légère connaissance du dispositif, car sa famille l'en a informé et l'a encouragé à faire les démarches. Poussé par son oncle, il a demandé il y a quelques mois la CSS et attend le retour. Lounès a longtemps procrastiné. Il repoussait en même temps la visite chez le médecin dont il semble avoir besoin mais qu'il n'est pas pressé de faire. Lounès est asthmatique depuis de nombreuses années. Cela l'empêche souvent de dormir, notamment l'hiver. Il n'aime pas beaucoup aller chez le médecin, il n'y est pas allé depuis qu'il est arrivé dans la région parisienne et qu'il a quitté le domicile familial et il n'est pas sûr du bien-fondé du traitement le concernant. Il a eu par le passé des traitements mais qu'il ne prend plus.

L'arbitrage économique : un facteur spécifique à la CSS

La CSS peut susciter un non-recours qui lui est propre du fait de **son volet exigeant une participation financière, qui peut constituer un point de bascule vers la non-demande**. En effet, certaines personnes appréhendent le passage de la CSS gratuite à la CSS payante pour des augmentations de revenus qu'ils considèrent minimes et non significatives dans l'amélioration de leur niveau de vie. Ces bénéficiaires peuvent ainsi procéder à un arbitrage économique si ils doivent engager une participation financière, les conduisant à envisager de ne plus recourir à la CSS. Dans le cadre de notre échantillon d'étude, si aucun cas avéré de non-recours à la CSS payante par arbitrage économique, c'est-à-dire de refus effectif, n'a été relevé, en revanche, plusieurs intentions de le faire ont été notées :

> « **Quand ils m'ont mis en participation financière je me suis posé la question de la garder !** Parce que ça pèse sur le budget… Si je n'avais pas besoin d'aller chez le médecin et que ma copine ne me disait pas de la garder je me serais vraiment posé la question. » Théo, 20 ans, en couple, sans enfant, intérimaire, CSS payante.

Dans certaines situations, la CSS payante n'est pas considérée comme adaptée à la situation que les bénéficiaires rencontrent au quotidien. Ils envisagent donc d'y renoncer, estimant ne pas pouvoir prendre en charge la participation financière. Bien qu'il ne s'agisse ici que d'intentions, elles esquissent une perspective de non-recours non négligeable. Si pour Théo (qui passe en CSS payante du fait de la composition du foyer[13]) le besoin de soin pèse dans la décision de conserver la CSS malgré une participation financière, **l'hypothèse est que des jeunes se considérant en bonne santé basculent en situation de non-recours par non-demande**. Les situations de non-recours à la CSS à la suite de ce type d'arbitrage économique sont des situations très spécifiques, qui se situent à la frontière de la non-demande et du renoncement. **La réticence à la dépense contrainte que peut représenter la CSS avec participation financière** est aussi une dimension importante pouvant expliquer ce non-recours par arbitrage économique, en particulier pour le profil des travailleurs précaires dont les revenus sont caractérisés par une forte incertitude. **Cet effet de seuil est une spécificité du non-recours à la CSS**. Ce constat peut **éclairer l'hypothèse d'un non-recours à la CSS payante plus important qu'un non-recours à la CSS gratuite**.

Encadré 12 • Illustration. Considérer le non-recours par non-demande

Noura a 42 ans, elle est mère célibataire de quatre enfants. Ses enfants de 17, 15 et 13 ans habitent avec elle, tandis que son aîné de 21 ans a quitté le foyer pour ses études. Noura travaille en tant qu'accompagnante d'élève en situation de handicap (AESH) et qualifie son emploi de « très très précaire ». Entre son salaire de 950 euros et les prestations familiales de 650 euros, elle explique avoir du mal à « boucler les fins de mois ». Ancienne bénéficiaire de la CMU-C « depuis toujours », elle a été bénéficiaire de la CSS gratuite, ainsi que ses enfants, jusqu'en 2021. À sa demande de renouvellement, elle bascule en CSS avec participation financière, mais ne comprend pas ce changement de situation et les modalités de calcul des ressources. D'après ses propres calculs, elle ne dépasse pas le plafond fixé pour la CSS payante. Malgré des prises de rendez-vous à la Sécurité sociale, ses interrogations restent sans réponse. Noura estime qu'elle ne peut pas payer la participation financière de 38 euros par mois pour elle et ses trois enfants et envisage de renoncer au dispositif.

Si l'hypothèse avait été posée en amont, aucun non-recours à la CSS au profit du recours à des offres privées, privilégiées car jugées plus intéressantes, n'a été identifié. En revanche, certaines personnes en ALD, recourantes à la CSS payante, sont apparues susceptibles de basculer dans un non-recours par non-demande, évaluant une faible plus-value par rapport au panier de soins de l'ALD. Autrement dit, elles envisagent de ne pas prendre de complémentaire car elles identifient mal ses bénéfices par rapport à l'ALD :

> « Je paye 21 euros par mois aujourd'hui pour la CSS**, ce n'est pas cher mais je ne comprends pas. J'ai l'invalidité, une couverture grâce à ça et on me fait payer la mutuelle alors que je suis couverte à 100 % pour tout**… » Laure, 57 ans, célibataire, sans enfant, ancienne secrétaire en invalidité, CSS payante.

> « **Je n'ai pas besoin de cette CSS. Tout passe en 100 % avec le diabète !** » Christelle, 60 ans, célibataire, sans enfant, allocataire de l'AAH, CSS payante.

[13] La trajectoire de Théo est présentée plus en détail dans la partie 4, pour illustrer les obstacles et difficultés rencontrées dans son parcours de recours à la CSS.

La non-réception : l'offre est connue, demandée, mais n'est pas reçue

Parmi les 25 enquêtés qui ont connu des périodes de non-recours, 3 ont fait une demande de CSS, mais ne l'ont pas obtenue, s'inscrivant dans un non-recours par non-réception. Dans la littérature sur le non-recours, ce type de non-recours renvoie à la lourdeur, lenteur et complexité des procédures administratives. Plusieurs raisons sont associées à ce type de non-recours, entre autres, l'abandon de la démarche par la personne ou l'erreur administrative (de la part de l'administration ou de la personne demandeuse). Dans le cadre de l'étude, **le non-recours par non-réception relève principalement d'erreur et/ou d'ambiguïté sur le calcul des ressources déterminant l'éligibilité**. Autrement dit, des bénéficiaires font une demande de CSS qui leur est refusée, car ils sont *a priori* en dehors du périmètre d'éligibilité. *A priori* car, si leurs déclarations de revenus n'ont pas pu être vérifiées au cours de l'enquête, tout l'enjeu de ce non-recours par non-réception est que les personnes se considèrent comme éligibles, et ne comprennent pas ou contestent le refus de CSS. Le non-recours par non-réception est caractérisé par un flou sur les motifs du refus, entre déclarations erronées, mauvais calcul ou dépassement de seuil :

> **« J'ai fait des demandes de CMU-C, deux ou trois fois, mais j'avais trop de ressources avec les APL ou je ne faisais pas comme il faut, je me suis découragée.** Ensuite j'ai vu avec des assistantes sociales. » Lise, 59 ans, célibataire, sans enfant, inactive, CSS payante.

Certaines personnes – à l'image de Paola, dont le parcours est présenté ci-dessous – identifient bien un supplément financier dans leurs revenus, mais ne le considèrent pas comme structurant ou justifiant une non-réception de la CSS (soit parce qu'il est mineur, soit parce qu'il relève d'un arriéré de prestation sociale, ou d'un trop perçu…). Il ne s'agit pas de cas de non-recours à proprement parler si les personnes sortent – même *a minima* – des critères d'éligibilité, mais plutôt de **situations à la frontière du non-recours**. Ces cas sont appréhendés comme des situations de non-recours par non-réception parce qu'ils sont perçus comme tels par les potentiels bénéficiaires, du fait de critères rigides ou non ajustés. Les travailleurs précaires dont les revenus sont instables ou les retraités aux « petites retraites » sont particulièrement susceptibles d'éprouver ce type de non-recours.

Encadré 13 • Illustration. Paola, non éligible à la CSS en raison de revenus exceptionnels

Paola a 57 ans, elle est retraitée, après avoir été longtemps technicienne de surface et employée dans la restauration. Elle bénéficie de la CMU-C depuis 2017, puis de la CSS payante. En 2021, elle découvre qu'elle a le droit à une pension de retraite complémentaire et touche ainsi une importante somme d'argent qui comprend toutes les mensualités qu'elle n'a pas touchées jusqu'alors. Néanmoins, le montant de sa pension complémentaire n'entraîne pas une grosse augmentation de ses revenus mensuels. Lorsqu'elle renouvelle sa demande de CSS en 2022, elle lui est refusée car ses revenus en 2021 sont supérieurs au plafond d'éligibilité. Confrontée à des besoins de soins sur différents champs (entre autres : problématiques de dos, apnée du sommeil, cholestérol), Paola est contrainte de souscrire à une mutuelle privée en attendant l'année suivante et la prise en compte de ses « vrais revenus ».

PARTIE 3. TRAJECTOIRES DE RECOURS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

La typologie des formes de non-recours présentée dans la partie précédente a donné à voir certains facteurs de recours à la CSS, que cette partie 3 propose d'étudier en détail. Dans un premier temps, il s'agit de s'intéresser aux ressources personnelles et institutionnelles facteurs de recours à la CSS, mais aussi aux événements et moments de bascule biographique qui engagent les personnes dans une trajectoire de recours. Ces ressources et événements peuvent s'articuler au fil du parcours des bénéficiaires. Leur lecture éclaire, en creux, les situations de non-recours. Dans un second temps, il est question d'analyser les temporalités et les modalités de recours à la CSS, différenciées d'une trajectoire biographique à l'autre. En effet, le rapport des personnes à la CSS – et ainsi les logiques de recours – varie selon les bénéficiaires, au regard de leurs parcours individuels, de leurs expériences administratives, de leurs rapports aux institutions et des représentations qui sont associées au dispositif.

Les ressources et les événements facteurs de recours

Des ressources personnelles et institutionnelles

Les ressources personnelles et institutionnelles dont disposent les personnes sont déterminantes dans les parcours de recours à la CSS. **Ces ressources relèvent de l'interaction sociale et reposent principalement sur un entourage** qui socialise les bénéficiaires aux démarches administratives, les sensibilise, les informe et les accompagne dans les démarches de recours aux prestations sociales auxquelles ils peuvent prétendre. Quatre catégories de facteurs de recours ont été identifiées lors des entretiens : le soutien des pairs, la socialisation familiale, l'accompagnement social et la communication des professionnels de santé. Si ces différentes ressources peuvent isolément être un levier, elles peuvent aussi se conjuguer et ainsi favoriser d'autant plus le recours à la CSS.

Le soutien des pairs

Les sociabilités amicales, professionnelles et/ou de voisinage ont été particulièrement citées lors des entretiens comme les portes d'entrée vers la CSS : collègues, amis et voisins ont souvent été les premières sources d'information et de prise de connaissance du dispositif par les bénéficiaires. Ce constat fait écho à d'autres recherches sur le non-recours, qui mettent en évidence l'effet des relations de voisinage sur la connaissance de l'existence d'un dispositif par un ménage (Chapeyron, 2016). Dans la plupart des cas, **les personnes ressources sont recourantes à la CSS et sont sources d'identification** : elles partagent une situation socioprofessionnelle similaire, ou connaissent des personnes bénéficiant de la CSS dont les profils sont semblables. Les proches recommandent alors aux personnes de faire une simulation, de se renseigner, voire partagent directement les informations qu'elles ont à disposition :

> « J'ai parlé à mon collègue de ma femme enceinte qui était malade, et que c'était très compliqué pour payer… Et **mon collègue m'a expliqué pour la complémentaire santé, je ne savais pas**. Donc ensuite je suis allé à la caisse d'Assurance maladie. » Ali, 53 ans, en couple, trois enfants, plongeur en hôtellerie, CSS payante.

> « J'ai été un an sans mutuelle, comme je gagnais peu en tant qu'aide-soignante, je ne pouvais pas me payer de mutuelle. **Ce sont des amis qui m'ont dit que, comme je ne gagnais pas beaucoup, je devrais pouvoir avoir la CSS. Je ne connaissais pas, mais eux l'avaient alors qu'ils bossaient aussi et qu'ils galéraient**. Donc j'ai fait la simulation, et ils avaient raison. Donc j'ai fait la demande. » Sandrine, 41 ans, célibataire, trois enfants, aide-soignante en arrêt maladie, CSS payante.

Le rôle central des pairs dans le recours à la CSS repose sur un soutien et une solidarité face aux contraintes et difficultés partagées. La transmission d'informations et de recommandations est souvent présentée sous l'angle de l'entraide et de la « débrouille », permettant de naviguer et de s'approprier le champ administratif, perçu comme complexe par les enquêtés. Dans ce contexte, **la voix des pairs a d'autant plus de poids qu'elle est accessible et légitime** car source d'identification, aussi bien dans le registre explicatif mobilisé que dans l'expérience partagée. C'est pourquoi le partage d'informations entre pairs apparaît comme un fort vecteur de recours à la CSS, souvent cité en premier lieu, et ce même lorsque les personnes s'inscrivent dans d'autres démarches administratives, voire sont accompagnées par ailleurs, comme Awa, dont le parcours est présenté ci-dessous.

Encadré 14 • Illustration. Orientations et recommandations entre amis

Awa a 29 ans et habite seule dans un appartement en zone urbaine. Elle est née en Côte d'Ivoire et elle est venue en France avec sa mère quand elle avait 4 ans pour être soignée d'un rétinoblastome. Elle est diplômée d'un master en ressources humaines et elle est aujourd'hui en CDD, en tant que chargée de recrutement. Awa est reconnue travailleuse handicapée et elle est en affection longue durée (ALD), à la suite de ses problématiques de santé, notamment cécité partielle, migraines chroniques et scoliose. Elle est bénéficiaire de la CSS avec participation financière depuis 2021, demande qu'elle a réalisée avant d'être embauchée en CDD, pendant la période de chômage qui a suivi l'obtention de son diplôme. Bien que familière des démarches de protection sociale, elle a connu cette prestation par son entourage : par sa grande sœur qui bénéficiait de la CSS sans participation financière et par un ami lui aussi bénéficiaire de la CSS. Ses proches lui ont recommandé de faire la demande, pour une couverture élargie par rapport à l'ALD. Awa s'est ensuite renseignée par elle-même et a fait la démarche en ligne. Elle a choisi de prendre un organisme complémentaire privé (Harmonie Mutuelle), car c'est celui auquel a souscrit son ami bénéficiaire de la CSS. Elle a suivi ses recommandations, car il lui a mentionné que cela offrait des avantages dans d'autres domaines, notamment pour faire du sport. Mais Awa n'a pas encore exploré ces perspectives.

Il est intéressant de noter qu'une fois acculturés à la démarche, certains bénéficiaires rencontrés deviennent eux-mêmes des ressources pour leurs proches, à qui ils recommandent la CSS, voire qu'ils accompagnent dans leur parcours de recours. À l'image de Manuel, étudiant en master « mobilité et patrimoine », en France depuis deux ans et bénéficiaire de la CSS depuis l'automne 2022 :

> « Maintenant **je suis devenu référent pour mes potes de classe**, je leur conseille de faire la demande de CSS et je leur explique la démarche. J'en ai déjà conseillé trois ou quatre. » Manuel, 30 ans, célibataire, étudiant, CSS gratuite.

La socialisation familiale aux démarches administratives

La famille constitue aussi une ressource importante, reposant sur **la transmission d'un « savoir-faire administratif »**, en particulier dans le domaine de la santé et de la prise en charge des soins. Certains bénéficiaires témoignent d'une socialisation familiale aux démarches administratives, notamment à la « CMU ». Dans ce cas, pour les plus jeunes, le recours à la CSS se présente comme une continuité, une mise en pratique des enseignements acquis auprès de leurs parents :

> « **Ma mère était à la CMU et elle m'a beaucoup montré comment faire les papiers, c'est elle qui m'a expliqué pour la CSS, et j'ai fait la démarche**. J'ai montré à mon copain, qui a ensuite montré à sa mère ! » Alice, 19 ans, en couple, sans enfant, intérimaire, CSS gratuite.

Les connaissances et expériences administratives font aussi l'objet **d'une circulation au sein de la famille élargie**, par exemple auprès des beaux-parents. Lors d'un entretien réalisé avec Ludivine – femme de 59 ans, aide en maison de retraite, bénéficiaire de la CSS avec participation financière –, sa fille est présente et témoigne de sa contribution aux démarches de recours à la CSS au sein de la famille :

> « Oui j'ai pas mal aidé maman sur le dossier. J'ai aussi vu cela avec la mère de mon conjoint. Figurez-vous que ma belle-mère payait une mutuelle privée, et payait 120 euros par mois ! Alors qu'elle a une toute petite retraite, qu'elle ne touche rien… J'ai un peu mis mon nez dedans, je me suis posée avec elle, on a **regardé, et sans surprise elle pouvait bénéficier de la CSS, donc je lui ai fait son dossier, et maintenant elle paie 30 euros par mois**. » Marie, 31 ans, secrétaire de direction (fille de Ludivine, bénéficiaire de la CSS payante).

La socialisation familiale aux démarches administratives se concrétise de différentes manières : principalement de l'ordre de la ressource pédagogique, elle peut aussi, dans certains cas, **prendre la forme d'une délégation**, où la personne fait « à la place de ».

Encadré 15 • Illustration. Un recours à la CSS *via* l'entourage familial

Samir a 39 ans, il est marié et père de deux enfants de 10 et 8 ans. Lui est originaire de Djibouti, sa femme Debiah est française mais a toujours vécu à l'étranger et est anglophone. Ils quittent Djibouti en 2020 pour venir en France pour soigner leur plus jeune fils, qui a développé des problèmes de dos depuis un accident à l'école et des complications qui ne pouvaient être prises en charge sur leur lieu de résidence. La famille s'installe à proximité d'une métropole où habite un oncle, une tante et un cousin du côté maternel. Depuis son arrivée en France, Samir enchaîne les petits boulots et cherche un emploi stable en tant que chef de projet dans le bâtiment. S'ils font le plus tôt possible leurs démarches d'inscription à la Sécurité sociale, c'est leur cousin qui les informe de l'existence de la CSS, après une consultation payante pour leur fils. Il apporte son soutien dans la réalisation de la démarche de recours. Debiah et les enfants ont vu leur demande de CSS acceptée en peu de temps, mais le dossier de Samir n'a pas encore été validé, dans l'attente de son titre de séjour. Lors de l'entretien, Samir souligne à de nombreuses reprises à quel point sa belle-famille avait été une ressource dans toutes les démarches administratives qu'ils ont engagées – entre autres logement et accès au soin – facilitant leur acculturation et leur compréhension de l'environnement administratif français.

L'accompagnement social

Une part importante des personnes rencontrées lors de l'étude bénéficie ou a bénéficié d'un accompagnement social (13 personnes, dont 5 personnes recourant à la CSS payante et 8 recourant à la CSS gratuite). Ces accompagnements sociaux peuvent être ponctuels ou plus structurants dans la vie quotidienne des personnes. Ils prennent place dans des structures diverses et sont, la plupart du temps, portés par des assistantes sociales ou des éducatrices spécialisées. Ces accompagnements sociaux s'inscrivent dans des trajectoires très diverses, et interviennent pour différents motifs : parcours migratoires, notamment de jeunes mineurs en foyers de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ; accidents de vie suscitant un suivi dans un centre médico-psychologique ; accompagnement par une association dans le cadre d'un handicap…

> « Quand je suis arrivé en France, je n'allais pas me faire soigner. **C'est quand je suis entré en foyer que les éducateurs m'ont montré et que j'ai eu la CSS.** » Amadou, 23 ans, en recherche de formation et intérimaire, CSS gratuite.

> **« C'est l'assistante sociale du centre des non-voyants qui m'a parlé de la CSS. Elle m'a fait la demande sur internet** (…). Avant j'étais éligible mais je n'étais pas au courant. Ou les demandes je ne faisais pas comme il faut, je faisais la demande CMU-C mais je n'avais pas les bonnes ressources, et je me suis découragée… Mais les assistantes sociales ont pu le faire. » Lise, 59 ans, célibataire, sans enfant, inactive, CSS payante.

Dans chaque situation, sans exception, c'est **le contact avec un travailleur social dans le cadre de l'accompagnement qui a été un vecteur de recours à la CSS**, informant et accompagnant la personne dans ses démarches. La première demande est réalisée par le travailleur social et les renouvellements sont, la plupart du temps, faits par les bénéficiaires eux-mêmes.

> **« C'est l'assistante sociale qui a fait la demande** et les deux autres fois, le renouvellement c'est moi. » Didier, 52 ans, célibataire, sans enfant, intérimaire dans le bâtiment, CSS gratuite.

> **« L'assistante sociale m'a fait le dossier pour que je ne doive pas payer**. Elle m'a remontré comment faire l'année d'après. Je n'aurais pas trouvé autrement. Heureusement qu'elle a fait le dossier pour moi. Après je l'ai fait. » Viktor, 66 ans, célibataire, sans enfant, retraité, CSS gratuite.

Encadré 16 • Illustration. Un accompagnement social pluriel

François a 54 ans, il est chauffeur routier de profession. Il habite depuis trois ans chez son père, gendarme retraité, dans l'attente d'un logement social. En 2019, François apprend qu'il est atteint d'un cancer et divorce peu de temps après. Ces événements le conduisent à déménager, pour se rapprocher de ses parents. Sur recommandation de son médecin traitant, il se rend dans un hôpital de jour pour un suivi psychologique et un accompagnement social sur différentes démarches. Alors en fin de droits d'arrêt maladie, l'assistante sociale monte un dossier pour une pension d'invalidité et l'accompagne dans sa demande de CSS. Elle engage aussi avec lui les démarches de demande de logement social et travaille avec lui à sa reconversion de pilote de drone.

La communication des acteurs du champ de la santé

Si le soutien des pairs, la socialisation familiale et l'accompagnement social se présentent comme les ressources les plus mobilisées par les personnes rencontrées dans le cadre de l'étude, certains bénéficiaires soulignent que la communication des acteurs du champ de la santé a été un vecteur de recours à la CSS. En premier lieu, la communication des professionnels de santé – en particulier de proximité, médecins généralistes et pharmaciens – se présente comme une ressource qui favorise le recours. Sources d'information et de conseils, ils apparaissent aussi comme des interlocuteurs privilégiés pour des renseignements complémentaires sur le bon déroulement de la démarche, dès lors qu'une relation de confiance a été tissée avec les patients :

> « À chaque fois que j'allais dans les pharmacies on me disait "monsieur votre mutuelle", et je disais "je n'ai pas de mutuelle". **Les pharmaciens m'expliquaient que si je n'avais pas de mutuelle, je devais payer le restant de la somme… Et ils me conseillaient de faire la demande de CSS.** (…) ça fait bientôt un an que je l'ai, mais je ne sais pas trop comment la renouveler, si c'est automatique… Je demanderai à mon médecin. » Manuel, 30 ans, célibataire, étudiant, CSS gratuite.

En second lieu, si la communication de la caisse d'Assurance maladie n'apparaît pas comme un facteur de recours à la CSS prédominant, elle peut être, dans certains cas, un levier. À ce titre, les personnes rencontrées mentionnent différents canaux : contacts avec les agents au guichet, envoi de courriers d'information par voie postale, réception des campagnes de communication en ligne :

> « J'ai vu la publicité sur Ameli… Et je me suis rendu à la caisse d'Assurance maladie de la commune. **La conseillère a rempli le dossier et fait la demande de CSS.** Heureusement que la conseillère était avec moi, sinon j'étais perdu… Je ne suis pas trop informatique, je suis plutôt à l'ancienne, je préfère le face-à-face. » Franck, 48 ans, célibataire, trois enfants, cariste au chômage, CSS gratuite.

Ces quatre catégories de ressources facteurs de recours reposent sur la constitution de liens sociaux – professionnels, familiaux, amicaux ou encore institutionnels –, ce qui met en évidence le constat selon lequel **l'isolement social est un facteur déterminant de non-recours**.

Les moments de bascule biographique

L'étude a mis en lumière trois catégories d'événements personnels qui se présentent comme des moments de bascule biographique et qui constituent des « facteurs déclencheurs » de recours à la CSS : les maladies et accidents qui appellent un besoin de soin, les séparations conjugales qui impliquent un changement de mutuelle, et l'arrivée ou le retour en France, qui nécessitent l'engagement de démarches administratives. Ces événements facteurs de recours peuvent se conjuguer au cours d'une même trajectoire (par exemple, une séparation peut aller de pair avec le diagnostic d'une maladie). Si ces trois catégories ont été identifiées et sont largement prédominantes dans les entretiens réalisés, elles ne sont pas nécessairement exhaustives, il est ainsi possible de faire l'hypothèse que les naissances ou le passage à la retraite puissent aussi constituer des facteurs de recours. Ces événements interagissent étroitement avec les ressources personnelles et institutionnelles présentées précédemment, car ils suscitent leur mobilisation.

Les maladies et les accidents qui appellent un besoin de soin

L'apparition de problèmes de santé – plus ou moins lourds et plus ou moins soudains – constitue un facteur de recours majeur, le plus identifié parmi les personnes rencontrées. Les maladies et accidents sont des **facteurs de recours de l'ordre du besoin, de la nécessité**, qui concernent tous les profils de bénéficiaires. Le besoin de soin incite les personnes à prendre connaissance de leur droit à la CSS et à l'activer, souvent dans l'urgence. Différentes configurations peuvent être identifiées : soit les personnes sont **informées par le personnel médical**, avec lequel elles ont un contact plus soutenu dans ce contexte de vulnérabilité, soit les personnes (ou leurs proches) engagent une **recherche d'information pour gérer leur prise en charge médicale**, car elles ne sont pas en mesure de financer les frais que recouvrent les soins nécessaires à leur rétablissement. C'est par exemple le cas d'Ali – dont la trajectoire a été présentée précédemment – dès lors que sa femme a été confrontée à des problématiques de santé relatives à une grossesse compliquée. Certaines personnes rencontrées témoignent aussi avoir eu recours à la complémentaire santé en vieillissant, par anticipation des besoins de soins qui accompagnent cette étape de la vie. À l'image de Loïc, lors de son recours à la CMU (traduit en recours à la CSS une dizaine d'années plus tard) :

« J'ai très longtemps été sans mutuelle… Je n'en avais pas besoin, ça ne me préoccupait pas, parce que j'étais en bonne santé. Quand on est en bonne santé, ce n'est pas primordial, ça ne vous effleure pas le cerveau. Mais **c'est en prenant de l'âge, vers mes 45 ans, vers 2010 je me suis dit qu'il fallait faire attention… Je voyais des potes qui pouvaient commencer à être malade… Donc j'ai demandé mon droit à la CMU**, pour être couvert à 100 %. Et j'ai eu raison dans cette histoire, parce qu'avec le cancer que j'ai aujourd'hui… » Loïc, 56 ans, célibataire, sans emploi, CSS gratuite.

Cet extrait d'entretien met en lumière que **la perception qu'ont les personnes de leur état de santé s'articule étroitement avec les logiques de recours à une complémentaire**. C'est ce que montre en miroir l'étude du Credoc sur la caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours, soulignant que la majorité des bénéficiaires potentiels non-recourants se déclare en bonne santé (Credoc, 2017). Ce constat corrobore l'hypothèse selon laquelle les jeunes, parce qu'ils se caractérisent par un bon état de santé général, sont moins enclins à avoir recours à la CSS. **La corrélation entre recours à la CSS (ou anciennement la CMU) et dégradation de l'état de santé** est à ce titre mise en évidence dans les entretiens réalisés avec les jeunes du panel, qui se distinguent par un besoin de soin important. Par exemple, il apparaît que le recours à la mutuelle a été incontournable pour Timothée, du fait de son traitement de sevrage à l'héroïne qui implique, depuis trois ans, une prise en charge soutenue :

« J'ai été couvert jusqu'à mes 18 ans par ma mère, puis je suis allé à la caisse d'Assurance maladie pour être affilié moi-même… **Je ne peux pas me permettre d'être sans mutuelle, je vois le médecin toutes les deux semaines**, il faut que je sois remboursé. » Timothée, 22 ans, en couple, employé polyvalent en restauration rapide, CSS gratuite.

Le besoin de soin, par la force de l'événement, lève plus particulièrement le non-recours par non-connaissance ou par méconnaissance, car il conduit les personnes à prendre connaissance des modalités de prises en charges auxquelles elles ont droit, aux prestations auxquelles elles peuvent prétendre pour répondre à leurs besoins spécifiques. La situation de Joséphine présentée ci-dessous en est révélatrice.

Encadré 17 • Illustration. Le recours à la CMU à la suite d'un accident de travail

Joséphine a 40 ans, elle est mariée et mère de deux enfants. Elle habite avec sa famille chez sa mère, dans un quartier pavillonnaire de grande métropole. Vétérinaire, elle qualifie son emploi de très précaire car elle réalise essentiellement des remplacements, qui lui apportent des revenus très inégaux. Son mari est sans emploi. Ses parents ayant travaillé toute leur vie dans des ambassades, elle a vécu toute son enfance à l'étranger : entre les États-Unis, le Canada, le Congo… Après son baccalauréat, elle commence des études au Québec, avant de partir faire des études de vétérinaire en Roumanie, où elle rencontre son futur mari, d'origine Israélienne. Ce n'est qu'en 2016, alors âgée de 34 ans, qu'elle décide de venir en France avec sa famille pour se rapprocher de sa mère qui se sédentarise pour sa retraite. Joséphine explique avoir mis plus d'un an à régulariser sa situation administrative, et notamment à avoir un numéro de Sécurité sociale. Ce n'est qu'en 2018 qu'elle fait une demande de CMU, après avoir été sans couverture complémentaire en France pendant deux ans. C'est un accident de travail – un coup dans l'épaule donné par un cheval alors qu'elle le soignait – qui opère comme un point de bascule, impliquant des soins qu'elle ne pouvait rembourser : « jusque-là je payais quand j'allais chez le médecin, ce n'était pas souvent, je ne me posais pas vraiment la question. Mais avec l'accident, j'avais l'épaule disloquée et beaucoup de douleurs, j'ai dû faire des radios… Quand j'ai pris rendez-vous à l'imagerie médicale et que j'ai dit que je n'avais pas de mutuelle et que j'ai dû payer 500 balles… J'ai vite vu que ça n'allait pas être possible de continuer comme ça, j'avais un tout petit revenu… C'est ma meilleure amie qui m'a aidée et qui m'a ramenée à la Sécu, en me disant que j'avais le droit à la CMU, que je pouvais me faire soigner, donc j'ai fait la demande… ». Depuis, Joséphine est restée à la CMU-C avant de basculer sur la CSS sans participation financière, qui la couvre ainsi que son mari et ses deux enfants.

Si ce type d'événement impose le recours à la CSS, ce recours s'inscrit souvent dans l'urgence et les conséquences peuvent être lourdes. Alors sans complémentaire santé mais dans l'obligation de se faire soigner, **les personnes sont contraintes de payer des frais de santé qui ne peuvent pas nécessairement être remboursés de manière rétroactive, en attendant de bénéficier de la CSS**. C'est le cas de Joséphine lors de son accident de travail (comme mentionné dans l'illustration ci-dessus), avec le paiement d'une radio au centre d'imagerie médicale qui n'a pas pu être prise en charge, mais c'est aussi le cas d'Ali, contraint de payer certains soins lors de la grossesse à risque de sa femme, dans l'attente de recevoir sa carte Vitale et sa CSS (sa femme étant récemment arrivée en France pour regroupement familial). Si certains arrangements peuvent être trouvés, **ces périodes sont particulièrement complexes à gérer, sources d'angoisse et de précarité** :

« Ma femme a dû être hospitalisée en urgence, puis elle a eu des soins infirmiers à la maison… La pharmacie, ils ont facturé pour 800 euros de médicaments… **Il y avait des médicaments pas remboursés, et aussi des analyses au laboratoire…** Et **comme elle n'avait pas encore la carte Vitale et la mutuelle c'était très compliqué en attendant de la recevoir**…

Avec le loyer, les charges, les pensions alimentaires à verser… On a été étouffés par les frais de santé. Après on a reçu la carte et elle a pu avoir la CSS, ils ont été rapides parce que c'était très urgent. Et le pharmacien il a été très compréhensif, il a avancé des médicaments qu'il a pris une fois qu'on avait reçu les papiers… J'ai aussi eu des remboursements de la Sécurité sociale mais pas tout. Par exemple, il y a des soins infirmiers que j'ai dû payer de ma poche, c'est encore compliqué aujourd'hui, je vais demander des paniers repas à la Croix-Rouge. » Ali, 53 ans, en couple, trois enfants, plongeur en hôtellerie, CSS payante.

La séparation conjugale qui implique un changement de mutuelle

Les divorces/séparations conjugales sont apparus comme d'importants facteurs déclencheurs de recours. En effet, ces ruptures conduisent les personnes à réorganiser un certain nombre d'aspects administratifs de leur vie quotidienne (entre autres : changement de domiciliation, éventuelles demandes d'aide au logement, renouvellement d'assurances…). Dans la plupart des trajectoires marquées par ce type d'événement dans notre échantillon d'étude, **les personnes étaient couvertes par la mutuelle de leur conjoint ou de leur conjointe et la séparation les a conduits à trouver une alternative de prise en charge** de leurs frais de santé, pour elles-mêmes, voire pour leur(s) enfant(s) :

« J'ai longtemps eu la CMU, après j'ai été sur la mutuelle de mon compagnon, pendant un ou deux ans. Mais **quand on s'est séparés, un peu après la naissance de ma fille, il y a trois ans, j'ai vite regardé pour reprendre une mutuelle comme la CMU, et j'ai eu la CSS**. » Léa, 38 ans, célibataire, un enfant, employée de mairie, CSS gratuite.

Si les séparations sont des facteurs déclencheurs de recours à la CSS, les modalités de recours sont variables et propres à chaque situation, selon les problématiques rencontrées. Alors que certaines personnes vont, à l'image de Léa, engager rapidement une démarche de recours à la CSS, d'autres vont entamer une période de non-recours. En effet, **ces événements suscitent régulièrement des périodes de non-recours par non-demande** (et non disponibilité psychologique) : pour ces personnes noyées dans une période surchargée en matière de procédures administratives, le changement de complémentaire santé est pris en compte parfois tardivement, car considéré comme non prioritaire par rapport à d'autres enjeux (par exemple le déménagement) :

« Avant j'étais sur la mutuelle de mon ex. **Au moment de la séparation, il m'a vite radié de sa mutuelle. Et j'ai eu beaucoup de choses à gérer avec le déménagement**, ça a été compliqué, j'ai atterri chez mon frère, cherché un logement… Donc **j'ai été un certain temps sans mutuelle, ce n'était pas sur le dessus de la pile pendant un moment**. » Sandrine, 41 ans, célibataire, trois enfants, aide-soignante en arrêt maladie, CSS payante.

Comme mentionné dans la première partie, cet événement déclencheur concerne particulièrement un profil de bénéficiaires : les femmes et les mères isolées. Certains entretiens ont mis en évidence que **les séparations sont des moments de bascule biographique qui s'articulent étroitement avec le besoin de soin**, facteur de recours à la CSS. En effet, dans plusieurs situations rencontrées (comme celle de Manon, présentée ci-dessous), la rupture a été accompagnée de violences conjugales, nécessitant une prise en charge médicale.

Encadré 18 • Illustration. Le recours à la CSS après un divorce

Manon a 39 ans, elle est célibataire et mère de deux filles de 9 et 14 ans. Divorcée depuis 2017, elle habite chez sa mère dans un logement social d'un quartier prioritaire politique de la ville d'une grande métropole. Manon, comédienne de formation, a arrêté de jouer au moment de sa séparation, pour des raisons de santé propres aux violences conjugales subies. Elle est aujourd'hui intérimaire commerciale et hôtesse d'accueil et travaille à temps partiel pour pouvoir être présente auprès de ses filles, dans un contexte de garde partagée faisant suite à son divorce, qu'elle qualifie de très compliqué. Au moment du divorce, elle engage une série de procédures administratives, parmi lesquelles le changement de mutuelle, car elle était sur celle de son mari, cadre dans une entreprise du bâtiment. Manon a souhaité retrouver une mutuelle dans les plus brefs délais pour elle et ses filles. Après s'être renseignée sur internet et avoir identifié la pertinence du recours à la CMU-C (dont elle était bénéficiaire avant son mariage), elle met en place une stratégie pour éviter le non-recours : elle ouvre dans un premier temps la mutuelle de l'intermittence du spectacle, comme un « tampon en attendant l'ouverture de la CMU-C », et dépose son dossier pour recourir à la CMU-C. Elle s'assure que l'ouverture de la CMU-C soit une clause de clôture de sa mutuelle d'intermittence. Trois mois plus tard, elle touche la CMU-C, puis bascule vers la CSS payante (30 euros par mois) pour elle et ses deux filles en 2019. Manon valorise la couverture dont elle dispose avec la CSS, qui lui permet de prendre en charge ses différents besoins de soin, notamment un accompagnement spécialisé en stress post-traumatique au centre médico-psychologique (CMP).

L'arrivée ou le retour en France qui nécessitent l'engagement de démarches

Comme présenté dans la première partie du rapport, l'échantillon d'étude comprend une part importante de personnes arrivées en France à la suite d'un parcours de migration, ou de retour en France après plusieurs années passées à l'étranger. L'arrivée en France se présente comme un événement déclencheur de recours à la CSS, car elle **engage les personnes dans des démarches administratives qui les orientent vers l'organisme local de la caisse d'Assurance maladie**, dont les agents les informent – voire les accompagnent – dans leurs parcours de recours à la CSS, ou plus anciennement à la CMU-C / ACS :

> « Je suis belge et mon mari algérien. On a longtemps vécu en Algérie pour le travail de mon mari, puis en Belgique, on a les papiers belges tous les deux. On a décidé de venir en France parce que nos enfants ont fait leur vie d'adulte ici. On est venus en 2004, et à l'époque c'était facile, plus facile que maintenant je crois. **Quand on a fait notre carte de séjour, ils nous ont dit d'aller à la caisse d'Assurance maladie, ça a été simple, on a eu la mutuelle avec les chèques**. On a la nationalité française depuis 2010, et on est toujours à la CMU, enfin CSS maintenant. » Suzanne, 76 ans, en couple, retraitée, CSS payante.

Pour les personnes ayant connu un parcours de migration, cette mise en relation peut s'inscrire dans le cadre d'un accompagnement social plus ou moins renforcé. L'événement est ainsi le facteur déclencheur de la mobilisation d'une ressource institutionnelle. Le recours à la CSS peut être relativement rapide lorsque les personnes sont mineures et prises en charge par la protection de l'enfance, et accompagnées par des travailleurs sociaux, comme Amadou. Le recours à la CSS peut aussi intervenir après plusieurs années de résidence en France et prendre le relais de l'aide médicale de l'État (AME) lorsque les personnes disposent d'un titre de séjour :

> « Je suis parti du Cameroun en 2016. Quand je suis arrivée en France, **j'ai été aidée par la Croix-Rouge et c'est grâce à eux que j'ai pu avoir l'aide médicale de l'État**, ils m'ont aidé avec l'assistante sociale de l'hôpital. Je l'ai eu jusque 2020, **l'assistante sociale m'a dit que j'avais le droit à la CMU, et après j'ai pu faire la demande de CSS**, c'est la caisse d'Assurance maladie qui m'a aidé à monter le dossier. » Kadiatou, 42 ans, célibataire, un enfant, en recherche d'emploi, CSS gratuite.

Encadré 19 • Illustration. Le parcours de recours de Malika, réfugiée politique

Malika a 39 ans, elle est mariée et mère d'un fils de 12 ans. Elle a fui la guerre en Côte d'Ivoire en 2012 pour venir en Europe, où sa sœur vivait et pouvait l'aider à trouver du travail en tant que nourrice. À son arrivée en région parisienne, elle rencontre le Cimade (comité inter-mouvements auprès des évacués), une association de juristes qui l'aide dans sa démarche d'obtention de papiers, et notamment à bénéficier de l'AME. Malika commence rapidement à travailler auprès de familles (garde d'enfants, sorties d'écoles, ménage) et s'inscrit à l'université, où elle obtient en parallèle un master 2 en sciences humaines. Elle perd l'AME en 2018 car ses ressources dépassent le seuil requis pour en bénéficier, après l'obtention d'un CDI avec des particuliers. Elle est alors sans couverture et dans l'attente du renouvellement de sa carte de séjour. Elle connaît alors quelques problématiques de santé et parvient à recourir à un minimum de soin en se rendant aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) d'un hôpital parisien. En 2020, elle est licenciée au début du confinement : les familles qui l'employaient ayant elles-mêmes perdu leurs emplois respectifs, dans le milieu de l'événementiel et de la restauration. Sans ressources, Malika est alors prise en charge par le Samu social. Elle obtient finalement ses papiers en 2021, ce qui lui permet de s'inscrire à Pôle emploi et à la Sécurité sociale, sur recommandation de l'association Cimade avec laquelle elle est toujours en lien. C'est lors de son inscription sur Ameli qu'elle reçoit un courrier et un mail l'informant de son droit à la CSS. Elle entame alors les démarches de recours et commence à bénéficier de la CSS pour elle et son fils à l'automne 2021. Malika décide ensuite de déménager, pour suivre l'une des familles avec laquelle elle avait travaillé, qui peut de nouveau lui proposer un emploi, leur activité ayant repris en sortie de crise sanitaire. Elle quitte alors la région parisienne pour une métropole de province, où elle rencontre son futur mari.

Des temporalités et modalités de recours différenciées

Si ces événements « facteurs déclencheurs » s'articulent étroitement avec la disposition et la mobilisation de ressources personnelles et/ou institutionnelles, le recours à la CSS s'inscrit aussi dans des parcours de vie diversifiés qui s'appréhendent sur un temps long, lors desquels les personnes développent un rapport aux institutions (en particulier aux services publics pour l'obtention de prestations) et une expérience administrative (pratiques, démarches, relations aux agents). Trois types de parcours de recours à la CSS peuvent être identifiés dans le cadre de cette étude : le premier, où la CSS est considérée comme un droit intériorisé sur un temps long ; le second, où la CSS est appréhendée comme une aide temporaire dans une période de fragilité ; et le troisième, où la CSS se présente comme un nouveau dispositif structurant du quotidien, qu'il s'agit alors de s'approprier. Ces parcours sont plus ou moins linéaires et ne sont pas excluants les uns des autres, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'articuler au fil d'une même trajectoire.

Dans le sillage des travaux de la sociologue Yasmine Siblot, portant sur le rapport que les classes populaires entretiennent aux administrations (Siblot, 2006), cette enquête met en lumière une distinction structurante dans la définition du dispositif : parmi les personnes rencontrées, la CSS est tantôt présentée comme une « aide », tantôt comme un « droit ». Cette catégorisation est structurée, d'une part, par une temporalité propre de recours et, d'autre part, par des pratiques concrètes de recours au dispositif. Autrement dit, la perception du dispositif dépend non seulement de la relation de la personne aux administrations, construite sur un temps long (faite d'expériences, d'usages et de représentations), mais aussi de la situation du bénéficiaire au moment où il demande la CSS. Dans un contexte donné, les modalités pratiques de délivrance et le fonctionnement concret de la prestation complètent l'approche que peuvent en avoir les personnes, sous la forme de l'identification d'un « droit » ou d'une « aide ».

Un droit intériorisé sur un temps long

Ce premier type de parcours renvoie à des bénéficiaires de la CSS pour qui la prestation est appréhendée comme un « droit », qu'ils font valoir au regard des difficultés rencontrées, aussi bien financières qu'en termes de santé. Les personnes s'inscrivant dans ce type de parcours sont dans une situation financière précaire qui est structurelle, mais relativement stabilisée par le recours à d'autres prestations sociales depuis plusieurs années (RSA, Aspa, AAH…). Dans cette perspective, ces personnes sont aussi d'anciens recourants de longue date à la CMU-C et l'ACS. **La transition entre la CMU-C et la CSS gratuite a relevé d'une logique de continuité** : la CSS a été appréhendée comme « la nouvelle CMU » et les bénéficiaires ont conservé sans arbitrage cette mutuelle qui constitue leur « norme de référence », en renouvelant leur dossier classiquement.

Ces bénéficiaires s'inscrivent dans une « carrière » administrative. Autrement dit, ils sont habitués à réaliser des démarches de recours, qu'ils ont appris à maîtriser par l'expérience et pour lesquelles ils ont développé certaines compétences (par exemple, une bonne connaissance de l'écosystème administratif et des interlocuteurs, usage des plateformes en ligne…). Si cela ne les empêche pas de rencontrer certaines difficultés dans la démarche de recours, ces dernières peuvent être dépassées par la mobilisation de ressources à disposition, notamment institutionnelles, comme la connaissance privilégiée d'un conseiller ou d'une conseillère ou d'un agent de l'action sociale de proximité. Si la gestion des « papiers » et des démarches administratives structure la vie quotidienne de ces personnes, elle est banalisée lors des entretiens et semble relever de la routine.

> « C'était il y a longtemps, quand je suis tombé malade, j'ai tout perdu : mon travail, ma femme… Je me suis quasiment retrouvé à la rue. J'ai bien dû me renseigner sur ce à quoi j'avais droit. J'ai vu une assistante sociale, que je peux toujours appeler aujourd'hui si j'ai des questions. Et voilà **j'ai appris à regarder tout ça… Avoir quand même une petite retraite même si j'étais indépendant, les APL, la CMU, la pension invalidité… J'ai droit à ces choses-là pour tenir**. » Marc, 72 ans, célibataire, inactif, CSS payante.

Au cours de leur trajectoire administrative, les personnes se sont donc familiarisées avec les différentes prestations sociales auxquelles elles peuvent prétendre. Elles ont intériorisé leurs droits au fil du temps, au sens où elles ont **pris conscience d'avoir des droits sociaux** qui ne relèvent pas d'une forme de « charité », mais bien d'un **prérequis et d'une nécessité pour vivre dans la dignité, considérant les problématiques rencontrées** (accidents de vie, maladies…). Ces personnes ont connaissance de leur éligibilité, notamment car elles l'associent aux minima sociaux dont elles sont souvent bénéficiaires, et utilisent dans ce contexte le terme de « droit » pour qualifier la CSS :

« J'ai eu pas mal de jobs et de galères, mais je suis au RSA depuis plus de dix ans. Avec l'âge, j'ai fini par demander mon droit à la CMU. Je savais que j'avais le droit, je ne sais plus comment j'ai su, mais en touchant le RSA on ne peut pas faire autrement… Avec le cancer aujourd'hui, je n'aurais pas pu, vu les frais. […] Heureusement qu'on ne laisse pas les gens mourir au bord de la route et qu'on a le droit d'être soigné. » Loïc, 56 ans, célibataire, sans emploi, CSS gratuite

Ces bénéficiaires valorisent le caractère automatique des prestations sociales et/ou la simplicité des modalités administratives de recours, qui contribuent à renforcer la définition de la CSS comme un « droit » plus que comme une « aide » :

> « Cette année et l'an dernier avec le Covid, **le renouvellement était automatisé, j'ai apprécié le geste**. » Véronique, 48 ans, célibataire, sans enfant, en recherche d'emploi, CSS gratuite.

> « **J'aimerais bien que ce soit automatique, je refais toujours le même dossier… ça donne l'impression de demander, alors que j'ai le droit aux mêmes choses depuis un moment maintenant.** » Marc, 72 ans, célibataire, inactif, CSS payante.

Ces personnes ont acquis, avec le temps, un sentiment de légitimité pour contester les éventuelles « erreurs » de dossier ou « malentendus » administratifs.

Encadré 20 • Illustration. Travail empêché et droit à la CSS

Line a 54 ans, elle habite seule, elle est mère, et grand-mère depuis peu. Diplômée d'un BTS de design de l'espace, elle a enchaîné quelques emplois alimentaires avant d'être mère au foyer. Son parcours professionnel a été mis à l'épreuve par de lourdes problématiques de santé diagnostiquées dès la fin de son adolescence : une scoliose douloureuse. Line a touché le RMI puis le RSA, avant de se voir reconnaître le statut d'adulte handicapé en 2015, où elle commence à toucher l'AAH. Elle n'a jamais été aidée par une assistante sociale et explique s'être renseignée sur « ses droits » dans un contexte où la maladie « m'a empêchée de travailler pour subvenir à mes besoins ». Elle explique avoir été à la CMU-C pendant plusieurs années, avant de basculer à la CSS : « j'ai eu droit à la CSS comme j'avais le droit à la CMU, j'ai été informée et transmis les documents. Je suis passée à la CSS avec participation financière, cela ne m'a pas surprise, et au vu des soins que j'ai cela est tout à fait honnête, j'ai le droit à une prise en charge complète de mes soins ». Line a une bonne maîtrise du système administratif et aide sa voisine à réaliser ses différentes démarches (entre autres : retraite, demande de CSS…), notamment à faire une réclamation pour sa demande de CSS qui n'a pas été accordée en premier lieu, mais en second.

Une aide temporaire dans une période de fragilité

Ce second type de parcours concerne de nouveaux recourants à la CSS, qui en ont fait la demande dans un contexte de difficultés financières spécifiques, et qu'ils appréhendent de manière conjoncturelle. Ces **bénéficiaires connaissent une période d'instabilité souvent liée à leur vie professionnelle et qu'ils estiment circonstancielle**. En d'autres termes, ils visualisent une « porte de sortie » au recours à la CSS, à court ou moyen terme : projection d'un retour à l'emploi prochain, période de formation, reprise ou fin d'études… Dans ce contexte, les bénéficiaires éprouvent le besoin d'être « aidés » pour compenser les difficultés rencontrées et engagent une recherche d'information active (en ligne, auprès de proches, d'associations de proximité, ou encore dans le cadre d'un accompagnement social ponctuel) au sujet des « aides » auxquelles ils pourraient prétendre, dans différents champs d'intervention (logement, santé…). Si certains ont pu avoir recours à la CMU ou à l'ACS par le passé, leur expérience reste épisodique et s'inscrit sur des temps courts, les personnes ayant pour la plupart déjà bénéficié d'une couverture propre à une mutuelle privée par l'emploi. Dans un contexte de recours davantage frictionnel, ces personnes **s'acculturent aux démarches administratives, entre contrainte et « débrouille »** :

> « J'avais déjà touché la CMU à mon retour en France, pendant quelques mois, une conseillère de la caisse d'Assurance maladie m'en avait parlé. Après j'ai trouvé un CDI, j'avais la mutuelle d'entreprise (coach dans une salle de sport [ndlr]). Mais **avec le Covid, j'ai perdu mon emploi, donc j'ai regardé les solutions et je me suis mise en autoentrepreneur. En attendant de retrouver un emploi, j'ai fait la demande de CMU**[14]**. Je suis très reconnaissante d'avoir cette aide**, quand on a plus les moyens. Dès que je retrouve un emploi stable, je n'aurai plus la CMU. » Nadia, 51 ans, célibataire, un enfant, coach sportive, CSS gratuite.

Le recours à la CSS est ici appréhendé de manière temporaire et il est décrit à travers la mobilisation du registre de « l'aide ». **La CSS est alors perçue et décrite comme une « béquille »** – voire, dans certains entretiens, comme une « bouée de sauvetage » – dans l'attente de voir sa situation s'améliorer, se stabiliser et de pouvoir (re)prendre une mutuelle privée. La démarche de recours à la CSS – de la prise de renseignement à la constitution du dossier – est ainsi vécue comme une « demande » de soutien, de laquelle découle un sentiment de reconnaissance au moment de l'obtention. Pour certains bénéficiaires, comme Nadia, le recours à la CSS est vécu comme un épisode disqualifiant, symptomatique d'un déclassement[15]. Pour d'autres bénéficiaires, le recours à la CSS s'inscrit davantage comme une « aide », qui peut être un support d'ascension sociale, à l'image de Madhi, arrivé en France à 16 ans après avoir fui le Mali, aujourd'hui en foyer de jeunes travailleurs et en apprentissage dans une boulangerie :

> « Je ne vais bientôt plus avoir la CSS parce que je vais être embauché. Je vais avoir une mutuelle avec mon employeur, je suis très content. Ça a été un privilège d'avoir cette aide pendant ce temps, ça m'a bien aidé. Je ne suis pas beaucoup allé chez le médecin, **mais ça m'a donné de la force cette aide, de savoir que si j'étais malade j'allais pouvoir me faire soigner, et de me concentrer sur mon travail**. Ça voulait dire quelque chose pour moi, je n'avais pas ça avant. » Madhi, 21 ans, célibataire, en apprentissage, CSS gratuite.

[14] Il est en réalité question de la CSS ici, mais cette erreur relève d'une confusion entre CMU-C et CSS.

[15] Cet aspect de l'ordre des représentations sera traité en détail dans le chapitre suivant.

Encadré 21 • Illustration. Issa, la CSS comme « bouée de sauvetage » dans une période de précarité

Issa a 45 ans, il est marié – son épouse est femme au foyer – et a 4 enfants, entre 13 ans et 16 mois. Il se décrit, lui et sa famille, en bonne santé, même s'il est en affection longue durée (ALD) en raison de son diabète. Depuis quelques semaines, des besoins d'accompagnement se font ressentir à l'école pour son fils de 6 ans, qui présente une forme d'autisme au regard de premiers diagnostics. Si Issa explique avoir du mal à trouver des rendez-vous médicaux pour son fils dans son quartier de résidence et alentour (banlieue de grande métropole), il parvient à emmener ses enfants au CMP (centre médico-psychologique) et à la PMI (protection maternelle et infantile) lorsque cela est nécessaire, mais s'estime bloqué dans la consultation de spécialistes non subventionnés. Il espère prochainement retrouver une mutuelle privée et avoir plus de moyens pour se permettre de consulter des spécialistes de l'autisme. Issa était enseignant vacataire en biologie, avant d'engager une reconversion professionnelle il y a deux ans, en suivant un master de sciences sociales professionnalisant pour travailler dans l'insertion professionnelle. Au moment de sa reconversion, il rencontre des difficultés financières en tant que père de famille et étudiant, ne pouvant plus financer une mutuelle privée, comme le lui permettait son contrat de vacation. Il engage alors une démarche de recours à la CSS, après s'être informé sur Internet, et obtient la CSS gratuite pour lui et sa famille. Issa vient récemment de commencer un CDD et attend de le voir se transformer en CDI pour recourir à une mutuelle d'entreprise. Lors de son entretien, il décrit la CSS comme une « bouée de sauvetage » lors de cette période marquée par l'instabilité et la précarité : « Heureusement que j'ai pu avoir la CSS pendant cette période, heureusement qu'il y a des dispositifs de sauvetage comme ça, qu'il existe encore des bouées pour permettre aux gens de tenir et d'avoir une nouvelle chance pour s'en sortir ».

Un nouveau dispositif structurant du quotidien à appréhender

Ce troisième type de parcours concerne de nouveaux recourants à la CSS, qui n'ont pas eu recours à la CMU-C ou à l'ACS par le passé (ou seulement peu de temps avant la transition vers la CSS, ou il y a un certain temps, par exemple lorsqu'ils étaient étudiants). Ces personnes ont longtemps eu recours à une mutuelle privée – la plupart du temps par l'exercice de leur profession, ou étant couvertes par celle de leur conjoint – vis-à-vis de laquelle ils ont développé une certaine connaissance et des habitudes. **Leurs trajectoires sont marquées par une rupture** – maladie, séparation, perte d'emploi – qui bouleverse leur mode de vie et les installe dans une situation de précarité nouvelle et plus structurelle, qui les conduit à renoncer à leur mutuelle privée. Le recours à la CSS accompagne l'épreuve de cette rupture et il est associé à un changement de situation, voire de statut. Le temps du recours peut alors s'étendre, l'identification de son éligibilité ne relevant pas toujours d'une évidence dans cette période de bouleversement (à l'image du parcours de Sandrine, présenté dans l'illustration ci-dessous).

Contrairement au second type de parcours, où la CSS est appréhendée comme un moyen de compensation sur un temps donné face à une difficulté spécifique rencontrée, **la CSS se présente pour ces bénéficiaires comme une nouvelle norme de référence**, qu'ils voient perdurer et à laquelle il s'agit de s'ajuster :

> « Quand je travaillais, j'avais une bonne mutuelle, prélevée sur le salaire avec participation patronale… Ils couvraient même les cures thermales ! Ma femme avait pu en faire, cela lui faisait du bien, à son dos. Quand j'ai perdu le travail, pour des histoires de retraite anticipée parce que j'avais quand même été aussi abîmé physiquement par le travail, **j'ai eu une très petite retraite. Donc on est passé à la CMU pour toute la famille…** Avec ma femme au foyer, et avec ses problèmes de dos, et les enfants encore jeunes… **On s'est dit il faut faire avec à l'avenir.** C'est très bien, l'Assurance maladie prend tout et ce n'est pas cher pour nous. Mais voilà, plus de cure thermale par exemple. » Jacques, 74 ans, marié, quatre enfants, retraité, CSS payante.

Dans ce type de parcours, les bénéficiaires n'anticipent pas de changement de mutuelle à venir, ou du moins pas avant un certain temps, leur situation ne leur permettant pas de se projeter en ce sens à court terme. Les démarches administratives sont progressivement engagées, parfois dans le cadre d'un accompagnement social selon les difficultés rencontrées, afin de réorganiser leur vie quotidienne. La CSS est appréhendée comme un nouveau dispositif structurant le quotidien, avec lequel les personnes tâchent de se familiariser et **son usage est plus souvent marqué d'une forme de résignation**. Si, comme la grande majorité des bénéficiaires, les personnes valorisent son moindre coût et sa couverture complète[16], elles expriment plus directement la nécessité de « faire avec » la CSS, soulignant une perte par rapport à leurs expériences passées avec des mutuelles privées (à l'image des cures thermales mentionnées par Jacques). Dans ce contexte, Manon fait part d'une stratégie spécifique afin de maintenir certains avantages propres à la mutuelle privée de son ex-mari pour ses filles :

[16] Les ressorts de la satisfaction seront analysés dans la partie 4 de ce dossier.

« J'ai pris les filles avec moi sur la mutuelle [CSS], parce que c'est moi qui m'occupe d'elles, qui les emmène chez le médecin, etc. C'est très bien, mais c'est vrai que sur certains points… **Il n'y a pas de choix sur les lunettes par exemple, pour moi tant pis, je prends ce qu'il y a maintenant je ne fais pas la difficile, mais pour des ados c'est différent**. J'ai envie qu'elles choisissent des paires qui leur plaisent, pour qu'elles les portent ! **Donc elles sont encore sur la mutuelle de mon ex, comme ça, elles peuvent encore avoir ses avantages**. » Manon, 39 ans, célibataire, deux enfants, intérimaire, CSS payante.

Pour ces bénéficiaires, le recours à la CSS est davantage marqué par une forme de déclassement, car il est révélateur de la perte de certains avantages (même s'ils n'ont pas toujours été expérimentés lorsqu'ils bénéficiaient d'une mutuelle privée). Les personnes s'inscrivant dans ce type de parcours **formulent plus particulièrement un sentiment de disqualification sociale** (Paugam, 1991), contraintes de recourir à une prestation délivrée sous condition de faibles ressources et d'en être dépendantes.

Encadré 22 • Illustration. Le recours tardif et éprouvant de Sandrine

Sandrine a 41 ans, elle est aide-soignante à domicile en indépendante, mère célibataire, avec trois enfants. Elle décrit son divorce en 2019 comme une expérience traumatique. Les démarches administratives après la séparation se sont avérées complexes, Sandrine explique notamment avoir rencontré des difficultés pour se reloger et a été hébergée quelque temps par des proches. Après le divorce, elle perd la mutuelle privée de son ex-conjoint, qu'elle estimait de « bonne qualité ». Sandrine se retrouve alors sans mutuelle, en situation de non-recours pendant 8 mois, car son revenu et son statut ne lui permettent pas d'avoir les moyens de financer une mutuelle privée et parce qu'elle n'identifie pas son éligibilité à la CSS, qu'elle associe à « ceux qui ne travaillent pas ». Après la recommandation de proches, Sandrine se renseigne sur son éligibilité et fait la demande de CSS, pour elle et ses enfants dont elle a la garde. Peu de temps après avoir bénéficié de la CSS, Sandrine tombe lourdement malade et connaît d'importantes difficultés financières. Dans ce contexte, elle exprime ne pas avoir « le choix » d'être à la CSS, ne voyant pas de perspectives de retour à l'emploi. Elle manifeste le regret de ne pas pouvoir avoir recours à une mutuelle lui permettant une meilleure prise en charge et craint de devenir « dépendante » de cette modalité de couverture qui, de son point de vue, ne lui permet pas l'accès à une aussi bonne qualité de soins (notamment du point de vue des soins dentaires et de l'appareillage, en particulier les béquilles).

PARTIE 4. SATISFACTION, DIFFICULTÉS ET PERSPECTIVES

Si la grande majorité des personnes rencontrées en entretien expriment une forte satisfaction quant à la CSS, notamment parce qu'elle leur permet d'avoir accès gratuitement à une offre de soin élargie, plusieurs difficultés ou points de blocage ont également été identifiés en creux dans les discours des enquêtés. Même pour les personnes recourant à la CSS, le dispositif reste mal connu et mal compris. D'autre part, la CSS reste une prestation sociale encore empreinte de fortes représentations négatives, qui concourent à l'intériorisation d'un stigmate chez de nombreux bénéficiaires. Les facteurs de satisfaction développés dans cette partie et, en miroir, les difficultés qu'ils posent permettent d'identifier des pistes d'évolution de la CSS, formulées à la fin de cette partie sous forme de recommandations.

L'expression d'une forte satisfaction…

La grande majorité des personnes rencontrées sont très satisfaites de la complémentaire santé solidaire. Le dispositif apparaît comme un levier déterminant de recours aux soins, en permettant à des personnes aux faibles ressources de pouvoir se soigner gratuitement.

Des bénéficiaires très satisfaits du dispositif

Plusieurs enquêtés ont insisté en fin d'entretien et parfois même dès le début sur leur grande satisfaction vis-à-vis de la CSS. Plusieurs facteurs de satisfaction sont ainsi ressortis de leurs discours.

La valorisation de la gratuité des soins

En tout premier lieu et de façon massive, les personnes rencontrées soulignent le fait **qu'elles n'avancent plus leurs frais médicaux depuis qu'elles bénéficient de la CSS**. La grande majorité des enquêtés ayant des budgets contraints, le fait de devoir avancer la part complémentaire du coût d'une consultation chez un professionnel de santé ou celui d'un traitement peut les dissuader de se soigner. L'application systématique de tiers payant constitue ainsi le principal facteur de satisfaction des bénéficiaires de la CSS, ou du moins celui qui est exprimé le plus spontanément.

> « Pour des gens comme moi au chômage qui n'ont pas beaucoup de sous, c'est très utile, cela aide beaucoup… **Et je n'ai rien à avancer : pas besoin de prendre de l'argent sur moi.** » Franck, 48 ans, célibataire, trois enfants, cariste au chômage, CSS gratuite.

> « **L'avantage ? J'ai pas déboursé quoi que ce soit pour me soigner !** » Lise, 59 ans, célibataire, sans enfant, inactive, CSS payante.

Les discours de forte satisfaction sont prédominants chez les bénéficiaires de la CSS gratuite. Si quelques bénéficiaires de la CSS payante trouvent que le montant de leur participation financière est un peu élevé, la majorité d'entre eux considèrent ce montant tout à fait raisonnable au regard des soins couverts et de l'application du tiers payant. Ces personnes comparent souvent leur participation financière à la CSS et le coût d'une mutuelle privée et identifient ainsi un avantage certain à bénéficier de la CSS. Ce sentiment d'opportunité est d'autant plus important chez les bénéficiaires âgés pour lesquels le montant mensuel d'une mutuelle privée dépasserait la centaine d'euros.

> « **Je paye 25 euros par mois. C'est correct.** Ça représente 4 jours de plats préparés. Avant la mutuelle, je payais 70 euros et c'était une mutuelle moyenne. » Patrick, 70 ans, célibataire, sans enfant, retraité, CSS payante.

> **« C'est vraiment très bien, par rapport à d'autres pays on a beaucoup de chance, ce que je paie pour moi et mes deux filles, c'est vraiment raisonnable… Cela me semble normal de participer. »** Manon, 39 ans, célibataire, deux enfants, intérimaire, CSS payante.

> « Cela dépend des personnes, mais **au vu de ma situation, de mes problèmes de santé, vu tous les examens et tous les médicaments que j'ai dû prendre, je ne vais pas dire que c'est la mort financière.** » Awa, 29 ans, célibataire, sans enfant, en CDD en tant que chargée de recrutement, CSS payante.

Une bonne prise en charge globale des soins

Si les bénéficiaires de la CSS sont aussi satisfaits, c'est également en raison de la **bonne prise en charge de leurs soins**. La CSS couvre, en effet, un large panier de soins. Les consultations chez le médecin généraliste, chez les spécialistes de 1er recours, chez les spécialistes de 2nd recours et chez les professionnels paramédicaux sont prises en charge. Les traitements médicamenteux, les examens et les analyses médicales, les hospitalisations, les lunettes, les prothèses dentaires, les aides auditives et les soins d'orthopédie dento-faciales sont également couverts. Les bénéficiaires ont ainsi accès à une large gamme de soins, ce qui leur donne le sentiment d'être des « assurés comme les autres ». L'hypothèse selon laquelle les bénéficiaires de la CSS auraient le sentiment d'avoir un accès limité aux soins ne s'est pas confirmée dans les entretiens. Au contraire, ils sont nombreux à souligner la facilité à pouvoir consulter tous types de professionnels et à financer tous types de soins.

> « **La prise en charge est très bonne, je n'ai jamais eu de soucis**… Même mon opération des yeux était prise en charge. Et la démarche est facile : je donne ma carte Vitale, il n'y a pas de paperasse. » Soumek, 50 ans, célibataire, inactive, CSS gratuite.

Si la majorité des personnes rencontrées sont satisfaites des montures optiques et des prothèses dentaires prises en charge par la CSS, certaines pointent néanmoins que **ces équipements restent « luxueux »**. Ce point sera développé dans la suite de cette partie, il s'agit à ce stade de préciser que dans le cas des prothèses dentaires, plusieurs enquêtés expliquent, par exemple, que seules les prothèses métalliques leur sont remboursées intégralement. S'ils désirent des prothèses en résine ou en céramique, dont l'aspect est plus esthétique car plus proche de l'apparence d'une dent naturelle, le reste à charge est beaucoup plus élevé. Contraints de devoir choisir les prothèses métalliques, qu'ils trouvent inesthétiques, ces bénéficiaires peuvent avoir le sentiment d'avoir accès à des soins « au rabais », les soins « de haute qualité » leur étant inaccessibles. Ces discours sont également ressortis au sujet des montures optiques : plusieurs personnes rencontrées disent n'avoir qu'un faible choix de lunettes chez l'opticien, les montures les plus esthétiques n'étant pas intégralement remboursées.

> « **Pour les lunettes, vous avez un tiroir avec les montures CSS et ce sont souvent les plus vilaines. Si elles sont jolies, elles sont plus chères.** » Amina, 48 ans, célibataire, sans enfant, juriste à son compte, CSS gratuite.

Une simplification de la démarche appréciée

Plusieurs enquêtés du panel étaient bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C avant de bénéficier de la CSS. Pour ces enquêtés, leur haut niveau de satisfaction vis-à-vis de la CSS tient aussi à la simplification des démarches administratives.

Les anciens bénéficiaires de l'ACS, qui recevaient des chèques à remettre à leur organisme complémentaire pour qu'ils soient déduits de leurs cotisations, **apprécient fortement le système de prélèvement automatique mis en place avec la CSS**. Plus simple à comprendre et à mettre en œuvre, le prélèvement automatique de la participation financière permet également à ces bénéficiaires d'avoir une bonne visibilité de cette dépense dans le budget. Plusieurs de ces enquêtés ont montré les échéanciers aux enquêtrices lors des entretiens, insistant sur la clarté du tableau et la transparence du mécanisme. Lorsqu'ils recevaient les chèques de l'ACS, il pouvait arriver que ces derniers se perdent, où que ces assurés ne comprennent pas le calcul de la différence fait par l'organisme complémentaire. Le prélèvement automatique et direct apparaît donc comme une excellente avancée du point de vue de ces bénéficiaires.

> « Avant on me donnait un chèque pour la mutuelle. Je l'ai donné à une mutuelle mais **je ne sais pas ce qui s'est passé. J'ai pas compris**. Elle a pris le chèque mais j'ai pas eu de contrat… Là j'ai la complémentaire avec l'Assurance maladie, depuis 2020. **Bah c'est beaucoup mieux, parce que je ne comprenais pas bien les chèques avec l'organisme privé**. » Sylvia, 54 ans, célibataire, sans enfant, inactive, en incapacité de travailler, CSS payante.

De nombreux enquêtés associent ce gain de simplification à **la gestion directe de la CSS par leur caisse d'Assurance maladie**. Pour ces derniers, le fait d'avoir un interlocuteur unique en tant qu'assuré renforce la clarté et la simplicité du dispositif et participe directement à leur haut niveau de satisfaction. Ils identifient un interlocuteur unique pour toutes leurs questions relevant de leur couverture santé, ce qui peut s'avérer très rassurant pour les personnes les plus en proie aux situations de fragilité sociale.

> « **La mutuelle c'est celle de la Sécu, j'ai tout mis ensemble. J'ai tout au même endroit et c'est beaucoup plus simple.** » Christelle, 57 ans, célibataire, sans enfant, AESH dans des établissements scolaires, CSS gratuite.

Encadré 23 • Illustration. Dimitri, non recourant ACS, recourant CSS

Dimitri a 59 ans et vit seul avec son père dans un logement social. Du fait de lourdes problématiques de santé (entre autres : diabète, cancer et troubles psychiatriques), il n'a jamais eu d'activité professionnelle. Avant de bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) en 2001, il était au RMI (revenu minimum d'insertion) et il est reconnu en affectation longue durée (ALD). Dimitri explique n'avoir eu aucune complémentaire santé pendant la majeure partie de sa vie. En 2017, il commence à s'y intéresser après avoir été démarché par une mutuelle privée, *via* une campagne de porte-à-porte. Il souscrit finalement à une mutuelle privée plutôt qu'à l'ACS car, après recueil d'informations, il trouvait le système de chèques trop complexe et contraignant. Lorsqu'il a été informé par son compte Ameli de la création de la CSS, identifiant la simplification de la démarche, il a résilié sa mutuelle privée et constitué un dossier CSS. Depuis fin 2019, il bénéficie de la CSS avec participation financière.

Des conditions de recours améliorées pour certains statuts

De nombreux enquêtés se sont vu proposer la CSS au moment de l'ouverture de leurs droits aux RSA. Bien qu'elle ne soit pas toujours exprimée directement par les enquêtés comme telle, **l'automatisation de cette démarche apparaît en creux comme une source de satisfaction**. Ces personnes apprécient, en effet, d'être informées sur leurs « autres » droits au moment de la demande de RSA, d'autant que la demande de RSA se fait souvent dans des périodes de grande vulnérabilité sociale. Le fait de pouvoir bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite à ce moment rassure là encore les personnes les plus en fragilité.

Parmi ces personnes, certaines n'avaient pas connaissance de la CSS jusque-là, alors qu'elles étaient souvent éligibles avant leur demande de RSA au regard de leurs ressources. La proposition systématique d'ouvrir leurs droits à la CSS en même temps que leurs droits au RSA permet donc à ces personnes de sortir d'une situation de non-recours. Comme le rappelle la Revue de la complémentaire santé solidaire, « les enjeux de recours à la CSS sont importants pour les allocataires du RSA dont la santé physique et psychique est en moyenne moins bonne que l'ensemble des personnes de 17 à 59 ans ». Si l'état de santé de ces personnes est en moyenne plus dégradé, c'est en partie parce qu'elles renoncent plus souvent à se soigner, notamment en raison du coût financier des consultations et des traitements (DSS, 2021).

Les conditions de recours ont également été améliorées pour les personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Plus marginales dans le panel, ces situations ont pu être analysées à l'aune de quelques témoignages, au travers desquels les personnes exprimaient là encore une forte satisfaction. L'AAH est prise en compte dans le calcul des ressources du foyer pour déterminer l'éligibilité à la CSS. Depuis 2021, un abattement est appliqué sur ce type de ressources pour éviter que les revalorisations exceptionnelles de ces allocations conduisent certains bénéficiaires à perdre le bénéfice de la CSS. Si ce mécanisme peut sembler très technique, une enquêtée l'a présenté comme très efficace au regard de sa situation.

> **« J'ai fait une simulation par internet et comme moi j'ai l'AAH et l'APL, je dépassais les 700 euros… Mais ça a été accordé avec un forfait. »** Sylvie, 53 ans, célibataire, sans enfant, inactive, CSS payante.

L'expression d'une forte reconnaissance

Pour les publics rencontrés, le fait de pouvoir se soigner gratuitement tout en ayant accès à une large offre de soins constitue également une forme de reconnaissance sociale et symbolique. Ils peuvent, grâce à la CSS, prendre soin d'eux, de leur corps, de leur santé, comme tout autre citoyen, sans que la question financière ne soit un critère d'accès aux soins. Ils ont ainsi été nombreux à développer **des discours de gratitude vis-à-vis du système de protection sociale français**, le qualifiant de « meilleur au monde » et se décrivant comme « très chanceux d'être français ». Ces discours étaient particulièrement appuyés par les enquêtés ayant vécu une partie de leur vie à l'étranger. La CSS et plus largement la Sécurité sociale française apparaissaient dans leurs propos comme bien plus protectrices que les systèmes de protection sociale des autres pays qu'ils avaient connus.

> « **Le système de soins en France… On a le meilleur.** C'est impossible que quelqu'un trouve encore mieux… je ne pense pas que ça existe. On a cette CMU, enfin CSS, qui permet de se soigner quand on a besoin, et de bien se soigner, on a de bons médecins, un service à l'AP-HP… **C'est super, on a beaucoup de chance.** » Loïc, 56 ans, célibataire, sans emploi, CSS gratuite.

« Je crois que je serais morte avec mon mal de sein, si je n'étais pas venue en France. **C'est le système de santé en France qui m'a permis de me soigner**, la CMU de prendre en charge mes dépenses de santé, **on a beaucoup de chance**. » Nadia, 51 ans, célibataire, un enfant, coach sportive en autoentrepreneuse, CSS gratuite.

Pour ce type de profil, à savoir des personnes qui connaissent des conditions de vie difficiles et qui entretiennent un rapport ambivalent aux institutions (Siblot, 2006), ces discours de forte reconnaissance sont loin d'être anecdotiques. En leur facilitant l'accès aux soins, la CSS est un dispositif qui participe à la construction ou au renforcement du lien de confiance qu'entretiennent ces publics aux administrations.

« Je suis satisfait de cette CSS. Ça a répondu à mes besoins et ça a répondu à l'urgence quand on repousse parce qu'on peut pas. **Je suis comme tout le monde maintenant, je peux me soigner**. Les lunettes par exemple, ça fait dix ans que je vois plus bien… On n'y va pas. Et du coup je pense que c'est… **ce service qu'on peut bénéficier je pense qu'il est énorme.** » Christophe, 43 ans, célibataire, sans enfant, en recherche d'emploi, CSS gratuite.

Un impact positif sur le recours au soin

Si la CSS suscite autant d'éloges, c'est parce qu'elle permet à des publics précaires d'accéder gratuitement à des professionnels de santé et à des soins. La question du recours à la CSS est ainsi étroitement liée à la question de l'accès aux soins.

Les personnes rencontrées ayant connu des périodes de non-recours à la CSS ont quasiment toutes fait état de **report et de renoncement aux soins lors des périodes de non-recours à la CSS**. Comme nous l'avons vu dans la partie 2, un enquêté du panel sur trois a connu des périodes de non-recours à la CSS, ce qui représente 25 personnes. Pour la grande majorité de ces personnes, les périodes de non-recours à la CSS étaient également des périodes de non-couverture complémentaire, c'est-à-dire que les personnes ne souscrivaient à aucune complémentaire (ni à la CSS, ni à une mutuelle privée). Quelques-uns de ces enquêtés ont souscrit à une mutuelle privée, ne sachant pas qu'ils étaient éligibles à la CSS, mais ils l'ont quasiment tous résiliée au bout de quelques mois, ne pouvant plus payer les mensualités et se retrouvant ainsi sans couverture complémentaire.

L'absence de couverture complémentaire a ainsi été un puissant facteur de non-recours aux soins pour ces personnes. Qu'il s'agisse de consultations chez leur médecin traitant, ou chez des spécialistes comme les dentistes, les gynécologues ou les ophtalmologues, ils ont été nombreux à reporter voire annuler leurs rendez-vous, ne pouvant ni avancer le coût de la consultation, ni payer la partie à leur charge.

« Avant le RSA, j'avais la mutuelle avec l'intérim. Je sais plus combien je payais, mais c'était direct sur salaire. J'allais chez le généraliste quand il fallait, mais de ma poche je devais payer 7 euros et après j'étais remboursé. Puis j'ai eu une période de chômage, et **la mutuelle s'est arrêtée aussi et là c'est l'inconvénient**… **je prenais une mutuelle, mais je payais 50 ou 60 euros**… je l'ai fait, mais ça durait pas longtemps… **2 ou 3 mois et j'arrêtais parce que je pouvais pas payer.** Je restais sans mutuelle, j'allais chez le généraliste mais **les autres soins non, comme le dentiste et le kiné par exemple, c'était trop cher. Les radios je regardais les prix**… J'ai eu de la chance de pas trop avoir besoin, mais bon **les dents ça fait longtemps que je devais le faire et j'ai traîné…** » Didier, 52 ans, célibataire, sans enfant, intérimaire dans le bâtiment, CSS gratuite.

Dès l'ouverture de leurs droits à la CSS, leurs pratiques de recours aux soins changent presque immédiatement : ils consultent plus fréquemment des professionnels de santé, non seulement pour les problèmes de santé qu'ils identifient comme urgents (car rappelons-le, ce sont souvent les besoins de soins qui déclenchent le recours à la CSS), mais également dans une logique de prévention, « pour faire le point » ou « vérifier que tout va bien ». Parce que ces consultations sont entièrement gratuites et parce qu'il n'y a plus à avancer une partie des frais, l'accès aux soins est directement facilité par le recours à la CSS.

« C'est vraiment une chance, on n'avance jamais de frais, pour nous c'est quand même un frein en moins pour consulter. » Sorya, 48 ans, célibataire, deux enfants, en emploi, CSS gratuite.

« Moi je trouve ça super, si y avait pas ça, pas d'appareil dentaire pour le grand. Le petit la langue fourche, y a le kiné, ils vont lui couper le frein, tout ça je peux maintenant, à l'hôpital et grâce à la complémentaire. » Kenza, 42 ans, célibataire, deux enfants, coiffeuse esthéticienne, CSS gratuite.

Encadré 24 • Illustration. Un recours au soin conditionné par la CSS

Tarik a 39 ans, il est marié et a deux enfants de 10 et 8 ans. Originaire de Djibouti, il est venu en France en 2020 avec sa femme, qui est de nationalité française. Chef de travaux dans le bâtiment, il enchaîne les petits boulots depuis son arrivée en France. Lui n'a pas encore pu bénéficier de la CSS (en attente de carte de séjour), mais sa femme a vu sa demande acceptée en 2020 et la CSS couvre ses enfants. Tarik souligne lors de son entretien que sans le recours à la CSS, son fils n'aurait probablement pas pu avoir une aussi bonne prise en charge, qui aurait été soumise à leurs limites financières : « Tout a été gratuit pour soigner mon fils… Et ça nous a beaucoup soulagés, on ne pensait pas à deux fois avant d'aller chez le médecin ».

… à l'épreuve de difficultés

Si les bénéficiaires de la CSS expriment une forte satisfaction à l'égard du dispositif, les entretiens réalisés mettent aussi en lumière un certain nombre de difficultés, rencontrées sur différents aspects : la connaissance et la compréhension de la CSS, la démarche et le parcours de recours, ou encore en ce qui concerne les représentations associées à ce dispositif. Parmi les difficultés développées dans les paragraphes suivants, certaines ont déjà été étudiées dans la partie 2, portant sur les types de non-recours, car elles peuvent entraver le recours à la CSS. Il s'agit, en particulier, de la mauvaise connaissance du dispositif et de l'incompréhension des modalités de calcul de l'éligibilité. Cela étant, si ces éléments peuvent expliquer le non-recours, ils constituent aussi des freins qui peuvent être dépassés par certains enquêtés recourants, et être soulignés par ces derniers comme des nœuds complexifiant leur expérience de la CSS. Dans cette perspective, les difficultés rencontrées sont ici abordées du point de vue des recourants et – tout en permettant de poursuivre l'étude en creux du non-recours – se présentent comme des pistes d'amélioration du dispositif.

Un dispositif encore mal connu

Une mauvaise connaissance de la CSS et des conditions d'éligibilité

La nouvelle CSS apparaît encore largement méconnue du grand public. Comme cela a été évoqué dans la partie sur les facteurs de non-recours, l'intitulé « complémentaire santé solidaire » ou les acronymes « CSS » ou « C2S » ne font pas sens pour les personnes rencontrées, qui n'ont pas encore identifié ou intériorisé ces nouveaux termes. Selon leurs expériences respectives, les personnes parlent de « CMU » ou encore de « chèques » (renvoyant aux anciens bénéficiaires de l'ACS) :

« Moi j'ai la solidarité ? J'ai une carte Vitale et j'ai la CMU depuis huit ans. » Mustapha, 68 ans, célibataire, sans enfant, retraité, CSS gratuite.

« Moi j'ai une aide de la Sécu avec des chèques. Oui, encore maintenant ! enfin je crois ? En tout cas j'ai bien la CMU. » Ludivine, 59 ans, célibataire, aide en maison de retraite, CSS payante.

La mauvaise connaissance du nom « CSS » et son absence du vocabulaire quotidien peuvent être attribuées à **la mise en place encore récente du dispositif**, qui peut prendre du temps à être intégré par les bénéficiaires, et ce d'autant plus dès lors qu'il recouvre une prestation historique, dont le nom « CMU » est bien ancré dans les usages des personnes qui y ont recours.

Au-delà de son intitulé, les entretiens montrent que la compréhension du dispositif est souvent floue, alors même que les personnes en sont bénéficiaires :

« Je ne savais pas que ça existait les mutuelles de l'État. Je ne connais pas ces choses. » Sylvia, 54 ans, célibataire, sans enfant, inactive, en incapacité de travailler, CSS payante.

> **« En fait, je ne sais pas très bien comment fonctionne cette prestation.** Je n'avance pas de frais, mais une fois j'ai dû payer pour un gynécologue, je n'ai pas vraiment compris pourquoi. **»** Deborah, 38 ans, célibataire, quatre enfants, auxiliaire de vie, CSS gratuite.

Dans la continuité des études portant sur les différentes prestations sociales d'aide financière à l'accès aux soins de santé (Credoc, 2017 ; Revil, 2010), les bénéficiaires de la CSS rendent compte de la **complexité de l'environnement administratif français dans le secteur de la santé et expriment la difficile compréhension de ses mécanismes**. Certains font ainsi part de confusions entre régime général, part complémentaire et reste à charge. Cela est d'autant plus signifiant pour les personnes qui sont « d'anciens recourants » et qui n'ont que rarement eu à avancer des frais de santé.

Comme l'ont montré certaines situations de non-recours présentées dans la partie 2, les critères d'éligibilité apparaissent peu clairs et relativement méconnus pour une part importante des bénéficiaires[17]. **Trois grands points de complexité concernant les critères d'éligibilité** ont pu être identifiés dans les entretiens. Premièrement, vis-à-vis de la situation par rapport à l'emploi : comme évoqué précédemment, nombreux sont ceux qui associent le droit à la CSS au fait de ne pas avoir d'emploi. Deuxièmement, les conditions de ressources et les montants des revenus ne sont pas toujours bien identifiés par les personnes :

> **« Je n'ai pas demandé la CSS avant le RSA parce que j'étais au-dessus des seuils, j'étais à 900 euros par mois. […] Ah bon ?! J'aurais pu l'avoir ? Je ne savais pas que j'avais le droit ! Si j'avais su, j'aurais demandé ! »** Didier, 52 ans, célibataire, sans enfant, intérimaire dans le bâtiment, CSS gratuite.

Sur cet aspect, les personnes confrontées à la perte de leur emploi et passant au chômage ou au RSA, ou les travailleurs précaires dont le quotidien est marqué par l'instabilité, sont particulièrement concernés. Troisièmement, dans certaines situations, les possibilités de couverture au sein du foyer peuvent être mal connues (et parfois engendrer des difficultés spécifiques, ce qui sera abordé dans la sous-partie suivante) :

> « J'ai mis un moment à retrouver du travail, mais depuis moins d'un mois je suis gardienne d'immeuble. Mon mari est toujours au chômage. Là, il était avec ma fille sur ma CMU. **Mais maintenant je ne sais pas comment ça va se passer avec le nouveau travail. Je ne comprends pas bien l'aspect familialisé. Maintenant que je peux avoir une mutuelle avec mon travail, mon mari et ma fille ne pourront plus avoir la CMU j'imagine**. » Irina, 38 ans, en couple, un enfant, gardienne d'immeuble, CSS payante.

Si cet extrait d'entretien met en évidence le flou qui réside dans la compréhension de la couverture pour les membres de la famille, il illustre un autre aspect du premier point de complexité relatif au rapport à l'emploi. Dans de nombreux entretiens, le retour à l'emploi apparaît synonyme d'une non-éligibilité à la CSS. Autrement dit, le cas particulier des salariés semble largement méconnu : si les entreprises doivent obligatoirement proposer à leurs salariés une complémentaire santé et régler les cotisations à 50 % minimum, certains salariés éligibles peuvent souscrire à la CSS (et suspendre leur adhésion à la mutuelle d'entreprise).

Un manque de clarté sur les soins couverts

De cette connaissance souvent floue ou partielle du dispositif découle un manque de lisibilité sur les soins couverts par la CSS. **De nombreux bénéficiaires ont exprimé avoir rencontré des difficultés à s'informer sur les soins couverts**, et notamment à trouver une liste exhaustive des soins pris en charge par la CSS. Si des interrogations quant à la prise en charge de consultations d'orthophonistes ou de psychologues ont pu être évoquées dans certains entretiens, les principales incertitudes relevaient des frais d'hospitalisation (chambre simple, chambre double, frais de déplacements) ou des soins dentaires :

> « J'ai trouvé la démarche assez simple… Mais **c'est compliqué de se repérer dans ce que cela nous accorde… Il n'y a pas de papier qui décrit ce à quoi je suis remboursée.** Il y a des choses dont je pensais pouvoir être remboursée mais ce n'était pas le cas, comme la chambre lors de mon hospitalisation. » Malika, 39 ans, en couple, un enfant, intérimaire, CSS payante.

[17] À l'exception des personnes s'inscrivant dans le premier parcours de recours, qui se situent davantage dans une « carrière administrative » s'agissant du recours aux prestations sociales et qui ont intériorisé leurs droits sur un temps long.

Malika a été installée dans une chambre seule lors de son hospitalisation alors qu'elle ne l'avait pas demandé, ce qui lui a été facturé. Après s'être renseignée, elle a constaté que seules les chambres partagées étaient prises en charge, mais elle a fait un recours auprès de l'hôpital, qui a finalement levé sa facture. Si les personnes constatent dans l'ensemble que les soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont recours sont le plus souvent intégralement pris en charge, les frais à débourser sont la plupart du temps constatés au moment de la consultation, ou après, à la pharmacie pour les médicaments. Cela soulève certaines déceptions et incompréhensions :

> « Maintenant, je demande clairement au médecin si c'est remboursé ou pas. Par exemple, j'ai eu un problème de peau sur le crâne, un psoriasis important. J'ai dû avoir une crème antibiotique, et une fois à la pharmacie c'était 70 euros ! Mes parents me l'ont payée… Mais je ne pouvais pas faire l'impasse sur ce traitement, mon médecin a dit que c'était la solution. **Des fois, je ne comprends pas ce qui est pris en charge ou ce qui ne l'est pas.** » Alice, 19 ans, en couple, sans enfant, intérimaire, CSS payante.

Le manque de clarté sur le panier de soins couverts est **source de doutes et de confusions** pour les bénéficiaires et peut donner lieu à des situations problématiques : par exemple, la facturation et le paiement de dépassements d'honoraires (à l'image du témoignage de Jacques ci-dessous), ou encore, le renoncement aux soins par crainte de paiement (à l'image de l'extrait d'entretien de Lise) :

> « Mon médecin m'a envoyé voir le cardiologue, et le cardiologue m'a fait revenir avec une échographie, et il m'a fait payer les deux fois 70 euros. **J'ai payé parce que je me suis dit que c'était peut-être moi qui n'avais pas compris ce qui était pris en charge ou pas !** Mais c'était une bêtise, plus tard, mon médecin m'a dit que je n'aurais pas dû payer. » Jacques, 74 ans, marié, quatre enfants, retraité, CSS payante.

> « Chez le dentiste on m'a indiqué la possibilité de mettre un bridge, **j'hésite un peu, je dis je suis à la CSS et il faut des devis… ça fait peur**. J'ai peur de devoir avancer de l'argent. » Lise, 59 ans, célibataire, sans enfant, inactive, CSS payante.

Les obstacles et les difficultés rencontrés dans le parcours de recours

Une première demande de renouvellement souvent difficile

Si les bénéficiaires partagent le constat d'une simplification de la démarche et d'un dépôt de demande accessible, la première demande de renouvellement apparaît souvent difficile et résulte dans de nombreux cas d'un « rendez-vous manqué ». Le cas du renouvellement est symptomatique d'une méconnaissance des modalités de fonctionnement du dispositif. Ce constat n'est pas spécifique à la CSS, tant il s'inscrit dans la continuité de l'étude d'Héléna Revil sur le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée, qui souligne que la majorité des personnes pensaient que le renouvellement se faisait automatiquement, ou ne savaient pas à quel moment elles devaient l'effectuer (Revil, 2010).

Plusieurs difficultés rencontrées par les bénéficiaires ont été identifiées au moment du renouvellement. En premier lieu, **certaines personnes pensaient que le renouvellement était automatique** (hors bénéficiaires du RSA). Dans ce cas de figure, il est même arrivé que l'enquêtrice informe la personne du caractère non-automatique de la CSS :

> « Je n'ai pas encore eu de renouvellement à faire, mais **c'est automatique**. » Amed, 36 ans, en couple, sans enfant, agent de sécurité, CSS payante.

> « **Apparemment le renouvellement est automatique ?** De la carte Vitale, et aussi de la CSS ? » Rudy, 50 ans, célibataire, sans enfant, agent de sécurité, en recherche d'emploi, CSS gratuite.

En second lieu, certaines personnes ont manqué la temporalité de la demande de renouvellement, considérée comme trop anticipée, quatre mois à l'avance. Le manque d'anticipation conduit alors les personnes à réaliser une demande de renouvellement dans l'urgence et à endosser quelques semaines sans couverture :

> « Dans l'idée le process de renouvellement, c'est simple, mais le problème c'est que cela doit être trop anticipé. J'ai reçu un message sur mon compte Ameli en mars, pour un renouvellement en juin… Je ne consulte pas vraiment régulièrement mon compte Ameli, je

n'ai pas vu le message en mars et je n'ai plus eu de notification, ni de SMS ou de mail pour m'informer de ce message qui est passé à la trappe… **Je n'ai pas fait la demande à temps, je m'en suis rendu compte un peu tard, donc j'ai eu un mois sans mutuelle. Ce moment était stressant, il fallait que personne ne tombe malade en juillet !** Je devais faire le vaccin contre le cancer du col de l'utérus à ma fille à ce moment-là donc j'ai décalé le RDV pour le faire en août… J'étais en vacances, j'ai un peu galéré à négocier pour avoir une place… Donc maintenant j'essaie vraiment d'anticiper pour le renouvellement. » Manon, 39 ans, célibataire, deux enfants, intérimaire, CSS payante.

Dans cet extrait d'entretien, Manon soulève une critique des modes de communication régulièrement formulée par les bénéficiaires : les notifications sur Ameli ne sont pas toujours bien identifiées par les personnes qui ne consultent pas régulièrement leur compte, et qui valorisent la communication doublée par SMS ou par mail, considérée comme plus directe et visible. En troisième lieu, certains bénéficiaires sont revenus sur des difficultés administratives rencontrées au moment du renouvellement, entre autres, perte de dossier et documentation incomplète rallongeant les délais :

« J'ai fait la demande de renouvellement en février, mais **il manquait un document au dossier donc je l'ai envoyé en papier parce que le site ne marchait pas, mais j'ai attendu longtemps la réponse et en attendant je n'avais plus de CSS ! Ma femme a eu des problèmes de santé avec son dos à ce moment-là, c'était très compliqué**, donc je suis allé supplier à la caisse d'Assurance maladie pour que le dossier soit traité en urgence, ils ont pu rattraper le coup mais ça a été très compliqué. » Jacques, 74 ans, marié, quatre enfants, retraité, CSS payante.

Si le renouvellement se présente comme un nœud autour duquel se sont cristallisées des tensions, il est un obstacle présenté comme relativement conjoncturel : une fois acculturés au fonctionnement du renouvellement après un « manqué », les bénéficiaires tâchent d'anticiper les difficultés et décrivent une démarche « simple et facile ». Il s'agit de noter que les personnes bénéficiant d'un accompagnement social soulignent être autonomes pour les renouvellements après avoir été accompagnées lors du premier et confortent le constat d'une approche simplifiée.

Des enquêtés mécontents des organismes complémentaires privés

Le rapport avec les organismes complémentaires privés est rarement fluide, souvent entaché d'incompréhensions et de points de complexité. Dans l'ensemble, les personnes recourantes ayant un organisme complémentaire ont fait ce choix dans une perspective de continuité, par habitude, car elles étaient déjà engagées avec cette mutuelle. Certains choix sont aussi localisés : les personnes privilégient tel organisme complémentaire car il dispose d'un local ayant pignon sur rue dans le centre d'une ville de proximité. Le choix peut aussi relever d'une dynamique de bouche-à-oreille (à l'image d'Awa, dont le parcours a été présenté dans la partie précédente, ayant connu la CSS par recommandation d'un ami, qui lui a suggéré de prendre un organisme complémentaire offrant des avantages dans des salles de sport). Cependant, **rares sont les bénéficiaires qui identifient les spécificités et avantages de tel ou tel organisme complémentaire :**

« Quand j'étais à la CMU avec chèques, j'étais avec la mutuelle Apreva, donc je suis resté avec eux. Quand il y a eu le changement, **j'ai reçu la liste avec toutes les mutuelles mais je suis resté avec eux parce que j'étais habitué**. Ensuite ils ont changé de nom, c'est devenu Aesio. **Seulement là ils ne font plus partie de la liste des organismes complémentaires, donc je crois que je vais être intégré à la Sécu, mais je ne sais pas trop ce que ça change**. Ils m'ont envoyé un courrier comme quoi j'avais encore un an avec eux, ils m'ont proposé une offre de sortie de CSS, mais je pense que je vais rester à la CSS. Parce que ça me convient et que c'est plus simple d'y rester. » Glenn, 57 ans, célibataire, un enfant, CSS payante.

Les propos de Glenn mettent en évidence le manque de clarté de la spécificité de gestion par des organismes complémentaires, et les difficultés qui peuvent être rencontrées. Ils soulèvent aussi des difficultés rencontrées dans le rapport avec eux. Plusieurs problématiques ont pu être identifiées : difficulté de résiliation avec l'organisme complémentaire après passage à une gestion par la Sécurité sociale (à l'image de l'illustration ci-dessous), le retrait de l'organisme complémentaire de la liste des gestionnaires de la CSS et l'entretien d'un flou sur la possibilité de passer à une gestion par la Sécurité sociale, comme le mentionnent Glenn ci-dessus ou encore Michel, qui a connu des difficultés avec son organisme complémentaire au moment du passage de l'ACS à la CSS :

« Avant je donnais le chèque à la mutuelle et on était couverts. **Le jour où on est passé à la CSS, on a perdu les droits qu'on avait acquis.** On avait le droit de changer les lunettes tous les 2 ans et on nous a annulé les droits. On est reparti pour deux ans sans avoir le droit de changer nos lunettes. » Michel, 68 ans, marié, retraité, CSS payante.

En miroir des problématiques rencontrées avec les organismes complémentaires, la gestion de la CSS par la caisse d'Assurance maladie présente une forte plus-value du point de vue des usagers, qui privilégient cette modalité de gestion lorsqu'ils en ont le choix :

« Quand j'ai demandé la CSS, j'ai eu le choix mais **j'ai demandé que ce soit géré par la Sécu, pour que ce soit plus simple, comme ça tout est au même endroit**. », Vera, 35 ans, en couple, deux enfants, en recherche d'emploi, CSS payante.

Encadré 25 • Illustration. Une résiliation difficile avec un organisme complémentaire

Suzanne a 76 ans, elle est retraitée, en couple, elle a trois enfants et des petits-enfants. Elle et son mari ont vécu en Algérie, d'où il est originaire, et en Belgique, d'où elle est originaire, avant de venir en France au début des années 2000 pour suivre leurs enfants qui s'y sont installés « pour leur vie d'adulte ». Suzanne et son mari ont l'Aspa. Ancienne bénéficiaire de l'ACS, puis de la CSS avec participation financière, Suzanne choisit un organisme complémentaire bien implanté dans la région, qui dispose d'un local commercial dans la ville voisine. L'organisme complémentaire en question a ensuite été retiré de la liste des organismes gestionnaires de la CSS, elle en a choisi un nouveau et a tenté de résilier le précédent, une démarche qu'elle a trouvée complexe : « au niveau de la caisse d'Assurance maladie, ils ont changé le système, ils ont commencé à changer les choses avec une liste de mutuelles et assurances complémentaires, il fallait choisir parmi les organismes, puis un an ou deux après ils envoient une autre liste, on a dû changer car on était plus dans la liste. Ils disent de faire des choses donc on exécute mais on ne comprend pas bien ». La situation s'est avérée d'autant plus complexe que la résiliation du premier organisme complémentaire n'a pas été prise en compte et Suzanne s'est retrouvée pendant trois mois avec deux mutuelles. Après avoir fait opposition, elle a finalement résilié la gestion du second organisme complémentaire pour demander une gestion complète par la caisse d'Assurance maladie. Elle est satisfaite de la simplicité de gestion de la caisse d'Assurance maladie, mais estime que cette démarche est particulièrement complexe et chronophage : « Moi j'ai le temps je suis à la retraite, mais pour quelqu'un qui n'a pas le temps, qui travaille, c'est très compliqué, il faut avoir le temps de faire le dossier et le temps de le suivre ».

Des conditions d'attribution de la CSS gratuite ou payante tantôt incomprises, tantôt considérées comme problématiques

Les conditions d'attribution de la CSS gratuite ou de la CSS payante ont régulièrement été présentées comme des « nœuds » dans le recours des personnes. **Deux dimensions ont été identifiées comme des points d'incompréhension, souvent sources de tensions : les modalités de calcul des ressources et les modalités de définition de la composition du foyer**.

Les bénéficiaires rencontrent différentes problématiques relatives aux modalités de calcul de leurs ressources, qui conditionnent leur éligibilité à la CSS gratuite ou payante : les effets de seuil, le calcul sur l'année de référence n-1 et la prise en compte d'indus dans les ressources ont été particulièrement mentionnés dans les entretiens. Certains bénéficiaires regrettent un décalage entre les ressources qu'ils considèrent comme réellement « perçues » (c'est-à-dire qu'ils touchent sur une période donnée, dans laquelle s'inscrit l'entretien) et celles à partir desquelles leur contribution à la CSS a été calculée. Il s'agit de personnes qui estiment qu'elles auraient dû bénéficier de la CSS gratuite, et non de la CSS payante comme attribuée. Comme cela a été vu précédemment, cette situation peut conduire les personnes à un arbitrage économique vecteur de non-recours. Cela étant, si la grande majorité des personnes rencontrées dans cette situation sont restées recourantes, elles ont largement partagé leurs incompréhensions et difficultés. Le calcul à l'année n-1 s'est présenté comme un point de fragilité et de tension particulier pour les personnes aux revenus instables, où les parcours affectés par une baisse de revenus d'une année sur l'autre :

« Je paie 22 euros pour moi et mon fils, mais **cette somme je ne la comprends pas trop car je trouve ça beaucoup par rapport à mes revenus actuels** : j'ai gagné 590 euros ce mois-ci, et les deux derniers mois 603 euros… Ils disent qu'ils prennent les revenus passés et avant le confinement je gagnais près de 1 500 euros, mais en 2021 je gagnais 750 euros… Ils ont calculé par rapport à l'année dernière. Je me dis que c'est peu par rapport à mes besoins de soins en ce moment, c'est raisonnable, mais je ne comprends pas le mode de calcul, parfois c'est compliqué… » Malika, 39 ans, en couple, un enfant, intérimaire, CSS payante.

Encadré 26 • Illustration. La prise en compte d'indus dans les calculs

Rima a 43 ans, elle est célibataire et mère de deux enfants, actuellement au chômage. Elle s'est séparée de son mari il y a cinq ans et elle est divorcée depuis un peu plus de deux ans. Après la séparation, elle est longtemps restée sur la mutuelle de son ex-conjoint, tout en étant en parallèle à la CMU-C, puis à la CSS gratuite jusqu'en 2021. Elle privilégiait la mutuelle privée de son ex-conjoint qu'elle considérait plus avantageuse sur certains soins (notamment optique). Ce dernier l'a finalement retirée de sa mutuelle pour se remarier. Au-delà de la charge affective que cette nouvelle représente pour elle, elle exprime le regret de ne pas avoir pu se refaire des lunettes avec cette mutuelle (mais a fait quelques « provisions » de lentilles). Récemment, au moment du renouvellement de la CSS, la caisse d'Assurance maladie l'informe qu'elle bascule en CSS avec participation financière, ce que Rima ne comprend pas et conteste. Cela semble lié au trop-perçu de Pôle emploi (5 000 euros) qui continuait de lui payer des allocations chômage alors qu'elle a travaillé quelques mois à la régie de quartier l'année précédente et qui constitue désormais une dette à rembourser (à hauteur de 200 euros par mois environ). Rima s'est tournée vers une assistante sociale d'un cabinet médical voisin pour rédiger un courrier de contestation, soulignant ne pas comprendre les modalités de calcul de ressources de la CSS et précisant qu'elle ne sera pas en mesure de payer la participation financière. La perte de la CSS gratuite est d'autant plus pesante sur son budget que la CSS payante ne lui permet plus de bénéficier de réductions sur les cartes de transport en commun, pour elle et ses enfants.

Les bénéficiaires rencontrent aussi certaines difficultés de compréhension relatives à la composition du foyer et ce qu'elle permet en matière de couverture. Cela peut s'articuler à une incompréhension du calcul des ressources, comme le relève Sandrine (dont le parcours a été présenté dans la partie 3, illustrant la CSS comme nouveau dispositif structurant du quotidien) :

> **«** La première année, j'ai eu la CSS gratuite. Mais lorsque j'ai fait ma demande de renouvellement en décembre, **on m'a demandé une participation financière de 30 euros par mois. J'ai été très surprise**, surtout qu'entre-temps j'avais été en arrêt, je n'ai pas gagné plus… On ne pouvait pas se rendre à la caisse d'Assurance maladie à cause du Covid, donc je me suis renseignée sur internet, j'ai repris tout mon dossier, regardé tous les revenus… Mais tout était bon… Et en fait **je me suis rendu compte que c'est sûrement parce que mon aîné est parti vivre chez son père entre-temps… Et le problème, c'est qu'il n'est pas couvert par la mutuelle de mon ex !** J'ai au moins demandé à mon ex de le reprendre sur sa mutuelle mais il ne le fait pas… **J'ai demandé à la Sécu si mon aîné pouvait revenir sur ma CSS, mais on m'a dit que ce n'était pas possible parce qu'il ne vivait plus à la maison. Donc mon fils n'est pas couvert** ! S'il lui arrive quelque chose je ne sais pas comment faire… Et je fais beaucoup de concessions pour débourser ces 30 euros par mois. **»** Sandrine, 41 ans, célibataire, trois enfants, aide-soignante en arrêt maladie, CSS payante.

La situation de Sandrine montre bien les effets de seuil auxquels les bénéficiaires peuvent être confrontés, points de bascule d'une CSS gratuite à une CSS payante. Les modalités de définition du foyer se sont avérées floues et sources de difficultés dans la démarche de recours à la CSS dans d'autres situations. À l'image de celle d'Alice et de Théo présentée ci-dessous, recouvrant une incertitude quant aux critères de composition du foyer, entre cohabitation et foyer fiscal.

Encadré 27 • Illustration. Les incompréhensions d'Alice et Théo

Alice et Théo ont respectivement 19 et 20 ans et habitent ensemble depuis 2019. Théo est livreur en intérim et essaie de commencer une formation en informatique. Alice a été serveuse en restauration rapide mais ne travaille plus actuellement à la suite d'un Covid long. Ils sont individuellement bénéficiaires de la CSS depuis bientôt deux ans, dès lors qu'ils ont déménagé et n'ont plus été couverts par la mutuelle de leurs parents à leurs 18 ans. C'est Alice qui a engagé les démarches de recours à la CSS, dans la continuité d'une socialisation familiale à la CMU. La première année de recours a été sans participation financière, aussi bien pour Alice que pour Théo. Au moment du renouvellement, Alice se voit renouveler la CSS gratuite au bout d'un mois, tandis qu'elle est refusée à Théo. Il prend alors contact avec la caisse d'Assurance maladie qui lui explique le refus, soulevant une forte incompréhension, qui va perdurer pendant toute sa démarche de requête : « Ils m'ont dit qu'ils s'étaient rendu compte qu'on était en couple parce qu'on habitait ensemble et qu'il fallait faire une demande commune… Mais je n'ai pas compris, elle l'a eue et pas moi, alors que je ne gagne que 700 euros par mois… Ce que je n'ai pas compris non plus, c'est qu'on a chacun notre foyer fiscal c'est juste qu'on habite ensemble, on n'est même pas pacsés… Les colocataires ne font pas de demande commune j'imagine ? ». Alors que Théo a besoin de différents soins (notamment après un accident de scooter), ils redéposent une demande commune, qui soulève de nouvelles incompréhensions : « On l'a refait, et on est passé à participation financière… Et après avoir payé, la caisse d'Assurance maladie nous a dit que c'était bien le foyer fiscal qui comptait et pas la simple cohabitation… Donc tout ça a pris du temps, et je n'ai toujours pas compris. ». Théo revient au cours de l'entretien sur les conséquences pesantes qu'ont eu ces obstacles sur sa vie quotidienne : report de rendez-vous médicaux, concessions financières pour payer 16 euros par mois. Au regard de son expérience, il critique le mode de calcul de la CSS et soulève le risque des effets de seuil : « Je trouve que c'est risqué de faire rentrer les gens dans des cases comme ça avec une limite, au-dessus ou en dessous d'un certain

montant, tu dois ou non participer. Si tu gagnes juste un tout petit peu plus comme moi, eh bien tu dois payer. Je pense que ça devrait être par paliers, et mêlé avec d'autres critères, comme aux Restos du Cœur, ils regardent nos ressources, mais aussi notre situation, nos dépenses, par exemple si on est étudiant ou pas, si on a un prêt pour les études à rembourser, et combien il nous reste à la fin du mois. »

Des représentations négatives associées à la CSS

La perception d'une santé à deux vitesses

Malgré l'expression partagée d'une forte satisfaction en grande partie fondée sur la gratuité des soins, certains bénéficiaires expriment – à l'épreuve de leur expérience du recours aux soins avec la CSS – la perception d'une santé à deux vitesses. En premier lieu, **certains soins apparaissent au regard des bénéficiaires de moins bonne qualité ou « au rabais »**. À ce titre, plusieurs bénéficiaires sont revenus sur la perception de soins « bradés » en ce qui concerne « l'appareillage », c'est-à-dire les lunettes, les semelles orthopédiques, certains soins dentaires, ou encore les béquilles. Bien que plus rarement mentionnée, la prise en charge de la chambre double et non individuelle dans le cas d'hospitalisation peut être perçue comme une forme de relégation. En second lieu, **certains soins considérés comme nécessaires par les bénéficiaires ne sont pas pris en charge** par la CSS (dans ce cadre, le podologue, l'ostéopathe et le psychologue sont les champs d'expertise les plus cités) et deviennent dès lors inaccessibles :

> « Les béquilles, si je veux du confortable, il faudrait que je paie… **Mais je n'ai pas les moyens, donc j'ai pris la gamme en dessous, sans protection pour les avant-bras, et c'est assez douloureux à l'usage**… Pour celles que je voulais, j'aurais dû payer 7,90 euros par canne, ce n'était pas envisageable. » Sandrine, 41 ans, célibataire, trois enfants, aide-soignante en arrêt maladie, CSS payante.

> « Les verres sont bas de gamme. **Voir clair, c'est un luxe**. » Rudy, 50 ans, célibataire, sans enfant, en recherche d'emploi, CSS gratuite.

> « Moi j'ai un gros problème de dentition, le dentiste est remboursé mais j'aurais besoin d'une intervention et d'un appareil, qui ne sont pas remboursés, donc je ne le fais pas, **financièrement je ne peux pas. Je vais devoir rester avec mes dents dégueu qui me causent du souci**. » Théo, 20 ans, en couple, sans enfant, intérimaire, CSS payante.

> « Mon fils aurait besoin de semelles chez le podologue mais c'est payant, donc **j'attends d'avoir un revenu pour lui payer. Alors que dans sa situation, ce ne serait vraiment pas un luxe**. » Tarik, 39 ans, en couple, avec enfants, en emploi, CSS gratuite.

> « J'estime qu'il faudrait prendre en compte certaines anomalies des personnes âgées… L'ostéopathe et le podologue ne sont pas remboursés, alors que c'est ce qui nous porte, nous les anciens, le dos et les pieds… **J'attends les cas de force majeure pour y aller, je dois débourser. Mais pouvoir m'y rendre plus régulièrement, ça ne serait pas du luxe**. » Suzanne, 76 ans, en couple, retraitée, CSS payante.

Ce panorama d'extraits d'entretiens – mêlant différents champs d'intervention et des profils de bénéficiaires diversifiés – livre deux enseignements. D'une part, **l'expérience de marchandisation de certains soins peut engendrer un non-recours aux soins**, à l'image de Théo ou de Tarik pour son fils, qui renoncent à certaines interventions pourtant considérées comme nécessaires, voire indispensables. Les logiques qui sous-tendent la catégorisation des soins qui sont pris en charge ou qui ne le sont pas échappent aux bénéficiaires, dans la mesure où ils les considèrent comme nécessaires à leur bonne santé. D'autre part, et par conséquent, cette expérience du renoncement à une certaine gamme de soins joue sur la représentation de soi des personnes, davantage en proie à un sentiment de dépréciation, voire d'exclusion. **Cette posture renforce ainsi l'expérience de la disqualification sociale** qui touche ces publics en situation de précarité (Paugam, 1991). L'expression « ce n'est pas un luxe », régulièrement mobilisée dans ces extraits d'entretiens, renvoie non seulement à l'incompréhension relative aux catégories de soins non prises en charge, mais aussi à **la représentation d'une santé qui peut rester conditionnée à un certain niveau de ressources**. **Les aspects appréhendés comme « esthétiques »** – par exemple certaines montures de lunettes, ou couronnes dentaires visibles – **sont perçus comme les soins les plus inaccessibles**, car la plupart du temps non pris en charge par la CSS. Cette dimension est vécue comme une source d'inégalité et de vulnérabilité particulière par les bénéficiaires, portant atteinte à l'image de soi.

L'intériorisation d'un stigmate associé à la CSS

Si la crainte d'être associé à une image négative n'a pas été identifiée comme un vecteur de non-recours volontaire à la CSS dans cette étude[18] – comme cela peut l'être pour d'autres dispositifs comme le RSA, souffrant de représentations péjoratives associées à l'inactivité (Obkani, 2013) –, les entretiens montrent que **le recours à la CSS s'accompagne toutefois du sentiment d'être dans une catégorie sociale jugée disqualifiante**. Ce sentiment est cristallisé dans certaines situations où le bénéficiaire de la CSS est directement confronté à une forme de violence symbolique, mais peut être aussi plus diffus, et relever de l'intériorisation d'un stigmate associé aux bénéficiaires de prestations sociales en général, et ainsi, par effet de métonymie, à la CSS.

Le discours sur le « trou de la Sécu » – selon lequel les bénéficiaires de prestations sociales de santé sont jugés en partie responsables de la dette de la Sécurité sociale –, et en miroir le sentiment de « coûter » à la société en étant bénéficiaires de la CSS, a émergé des entretiens. Ce discours est apparu largement intériorisé car les bénéficiaires rencontrés se positionnaient spontanément par rapport aux différents préjugés qu'il recouvre. Nombreux sont ceux qui présentaient en réaction **un discours de justification, invoquant le besoin d'avoir recours** à la CSS compte tenu de leur situation :

> « Mon beau-frère, je lui dis que j'en ai besoin de ces aides. **Il donne toujours l'impression qu'on profite… Mais non c'est parce que j'ai besoin de ça. »** Gaétan, 57 ans, célibataire, en formation, CSS payante.

> « C'est très bien la CSS. Mais j'aurais préféré qu'il en soit autrement. J'aurais préféré garder mon emploi, ma mutuelle du travail. **C'est dur d'avoir l'invalidité, la CMU, on met sa fierté de côté. Mais c'est comme ça, je n'ai pas le choix, j'en ai besoin. »** François, 54 ans, célibataire, chauffeur routier en arrêt maladie, CSS payante.

> « **Des fois, il y a des gens qui peuvent donner l'impression qu'on profite du système…** Je n'ai pas d'exemple en tête, mais à la télé, la politique vous voyez. **Qu'il y a trop d'aide. Mais c'est parce qu'on a besoin de ça** ! **Avec ma fille je ne peux pas faire autrement**, mais avec le travail à la mairie j'aurai une autre mutuelle. » Léa, 38 ans, célibataire, un enfant, employée de mairie, CSS gratuite.

Ces extraits d'entretiens montrent bien que l'accès à la CSS, dans un amalgame mêlant différentes prestations sociales, peut procurer une identité négative, celle d'être regardé et identifié comme « pauvre », dans des interactions sociales spécifiques, ou plus largement dans un système de représentations véhiculées. Ces bénéficiaires (tout comme Nadia, dont le parcours est présenté dans l'illustration ci-dessous) évoquent une **expérience – voire une épreuve – qui renvoie au stigmate de l'assistance**, qu'ils tâchent de mettre à distance en justifiant la nécessité et l'impératif du recours à ce dispositif. Nombreux sont ainsi les bénéficiaires qui soulignent qu'ils ont pour projet à court, moyen ou plus long terme, de **recourir à une mutuelle privée, appréhendée comme une « porte de sortie » d'un statut dévalorisé associé à la CSS, car révélant une situation de pauvreté** (aussi bien en tant qu'inactif que travailleur précaire). Le sentiment de stigmatisation évoqué lors des entretiens a rarement été suscité par des interactions avec le personnel médical (bien que quelques situations aient été évoquées, comme le mentionne l'illustration ci-dessous), mais relève davantage d'un discours politique et médiatique, et/ou relayé par les proches du bénéficiaire. Ce discours contribue, par ailleurs, à renforcer l'opposition structurante entre la perception de la CSS comme une « aide » plus que comme un « droit » et met à l'épreuve l'accès aux soins comme « reconnaissance de la citoyenneté » (Parizot, 2014).

[18] Si ce type de non-recours n'a pas été identifié dans l'échantillon d'étude, le non-recours volontaire à la CSS du fait de barrières sociales – soit la stigmatisation ou la crainte d'être stigmatisé – reste une hypothèse, et pourrait être exploré dans d'autres recherches.

Encadré 28 • Illustration. Des expériences stigmatisantes en tant que bénéficiaire de la CSS

Nadia a 51 ans, elle est divorcée et vit avec son fils de 17 ans, qui vient d'avoir son baccalauréat et part étudier à l'université en septembre. Nadia a travaillé dans une grande diversité de secteurs et eu de nombreux métiers : elle a travaillé pendant deux ans à l'Unesco, a été professeure de français au Maroc, commerciale, formatrice d'anglais en entreprise… Depuis 2014, elle est professeure de fitness dans des salles de sport. Nadia a été en CDD en 2019 et 2020, mais a été au chômage partiel puis non renouvelée à la suite de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Elle est actuellement coach sportive en tant qu'autoentrepreneuse. Elle touche l'allocation de solidarité spécifique (ASS). Elle a longtemps été à la CMU-C, quelque temps dans une mutuelle privée lors de ses CDD, et désormais à la CSS sans participation financière depuis son retour à l'autoentrepreneuriat. Si Nadia est très satisfaite de la CSS, elle exprime souffrir régulièrement du « regard de l'autre posé sur ceux qui ont la CMU ». Lors de l'entretien, elle relate plusieurs expériences de professionnels de santé et pharmaciens chez qui elle dit « ne pas aller la tête haute ». Par exemple, elle revient sur l'expérience d'une « pharmacienne qui m'a demandé très fort, et tout le monde a entendu : "vous c'est toujours la CMU ou vous avez une mutuelle ?" ». Ou encore sur une deuxième expérience où « la secrétaire de l'orthodontiste de mon fils lui a dit "Oh t'as ce téléphone toi, même moi je ne peux pas me permettre ce téléphone-là alors que ta mère est encore à la CMU, je pensais qu'elle travaillait" ». Nadia explique ainsi payer à la pharmacie lorsque ce sont des petites sommes pour éviter de mentionner qu'elle est bénéficiaire « de la CMU ». Elle précise être « impatiente d'avoir les moyens de me payer une mutuelle pour aller avec fierté consulter », soulignant l'expérience de la disqualification sociale et l'intériorisation du stigmate liées à la CSS.

Une volonté de mise à distance du stigmate

En réaction aux différents préjugés associés au « trou de la Sécu » et à « l'assistanat », les bénéficiaires de la CSS rencontrés ont donné à voir un **travail de rationalisation des soins, dans la perspective de mettre à distance ce stigmate**. Cette approche s'est régulièrement traduite par la formulation suivante : *« je n'abuse pas »*. Autrement dit, les bénéficiaires expliquent privilégier un recours aux soins dès lors qu'il est nécessaire et éviter d'avoir recours à des consultations sans rencontrer une problématique de santé spécifique, sous prétexte qu'elles sont remboursées :

> « **Ce n'est pas pour ça que j'en abuse…** Je ne fais pas des dépenses inutiles chez le médecin parce que je sais que je ne vais pas payer. » Sorya, 48 ans, célibataire, deux enfants, en emploi, CSS gratuite.

> « **Moi, je n'abuse pas parce que je ne paie pas**. Je vais chez le médecin quand j'en ai besoin, je ne vais pas refaire mes lunettes pour un oui ou pour un non. » Suzanne, 76 ans, en couple, retraitée, CSS payante.

La logique financière et le registre de la consommation marquent fortement le rapport des personnes à leurs pratiques de recours aux soins. **L'enjeu de ne pas « abuser »** – pour reprendre le terme employé par les enquêtés – des fonds de la Sécurité sociale, et plus largement de la solidarité nationale permettant la mise en œuvre du dispositif, apparaît ainsi structurant. Il se présente non seulement comme une manière d'exprimer sa reconnaissance, mais aussi de mettre à distance les représentations négatives. Cette logique est particulièrement poussée par **certains bénéficiaires qui mesurent et contrôlent leurs dépenses**, guidés par la volonté de ne pas faire d'excès, de ne pas dépenser plus que ce dont ils auraient besoin :

> « La Sécu me donne 30 euros pour les montures, j'ai choisi mes lunettes même si je n'ai pas eu beaucoup de choix… **Mais j'ai mis 30 euros d'assurance, parce que si mon petit-fils me les casse… Je ne vais pas dire à la mutuelle de repayer des lunettes au bout de six mois ! Ils vont me dire… Dis donc, madame, vous avez eu des lunettes il y a six mois, il ne faut peut-être pas abuser ? Donc je fais attention, je ne veux pas abuser.** » Ludivine, 59 ans, célibataire, aide en maison de retraite, CSS payante.

Enfin, les recourants à la CSS payante sont nombreux à valoriser la participation financière. Au-delà du fait d'estimer son prix raisonnable (comme cela a été mentionné au début de cette partie), ils valorisent le fait qu'elle engage **une logique de « don contre don »**, et expriment que cette contribution est de l'ordre de la reconnaissance de pouvoir bénéficier de cette prestation fortement avantageuse :

> « Le système de soins est vraiment très bien en France… **Je trouve cela très bien de participer. C'est donnant donnant. Je n'ai rien à redire là-dessus.** » Vera, 35 ans, en couple, deux enfants, en recherche d'emploi, CSS payante.

> « Ça ne me dérange pas de payer un peu tous les mois. Il faut bien participer**, c'est la solidarité, c'est pas juste je reçois de l'aide.** » Dimitri, 59 ans, célibataire, sans enfant, en invalidité, CSS payante.

« Quand j'étais à la CMU, c'était gratuit. Et avec cette nouvelle mutuelle je paie tous les mois 30 euros. Mais franchement, ça me va. Pour moi et mes filles, tout est pris en charge, c'est très honnête. **Et c'est important pour moi de contribuer, de participer, je suis contente de pouvoir le faire.** » Manon, 39 ans, célibataire, deux enfants, intérimaire, CSS payante.

Cette dernière situation est celle d'une bénéficiaire « perdante » du passage de la CMU-C à la CSS, car elle a impliqué une participation financière du fait de l'évolution des critères. Ici, cette participation financière n'est pas seulement appréhendée du point de vue de coût, mais dans sa dimension symbolique. Il s'agit toutefois de rappeler que cette situation n'est pas représentative, et que cet élément est à restituer dans la singularité des parcours : comme nous l'avons vu dans la partie 2, le passage de la CSS gratuite à la CSS payante peut aussi, dans d'autres situations, être un facteur de non-recours. Cela étant, ces différents extraits d'entretiens mettent en lumière **la valorisation d'une participation financière raisonnable par les bénéficiaires qui sont en mesure de la prendre en charge**, permettant non seulement de se distancier de représentations négatives de l'assistanat, mais aussi de contribuer au système de solidarité existant, dans la perspective de préserver le système de soins français tant promu lors des entretiens[19].

Pistes d'amélioration

Recommandation n° 1 : Renforcer la communication grand public autour de la complémentaire santé solidaire

L'étude montre que l'intitulé de complémentaire santé solidaire n'est pas encore connu, ou très mal, du grand public. Il est rarement utilisé. Les enquêtés font encore référence, pour la plupart, au terme de CMU. Plus largement, les personnes se repèrent mal dans le système de santé et dans les modalités de prise en charge des frais de santé en France. Le concept de mutuelle est confus pour de nombreuses personnes, les jeunes en particulier, qui distinguent mal le principe de la couverture par l'Assurance maladie et du reste à charge que vient couvrir, en partie, la mutuelle. L'étude montre, par ailleurs, que la maladie, et plus largement le besoin de soin, est un vecteur important de recours à la CSS, à titre curatif. Ce constat soulève l'enjeu de la prévention et la nécessité d'amener les bénéficiaires à considérer le bénéfice d'un recours à la CSS même lorsqu'ils se sentent en bonne santé, en particulier les jeunes. L'étude montre, en outre, une forte méconnaissance du dispositif, notamment sur les conditions d'éligibilité. Les personnes ne se considèrent pas éligibles lorsqu'elles travaillent par exemple, même si elles ont de petits revenus et sont en situation de précarité : les personnes ont généralement l'image d'un dispositif fait pour les personnes qui ne travaillent pas et n'ont aucun revenu et passent à côté d'un dispositif qui pourrait les aider, au moins ponctuellement.

- **Réaliser une campagne de communication massive et grand public sur la nouvelle complémentaire santé solidaire** (spots pour la télévision et la radio, affichage dans le métro et aux arrêts de bus, publicité sur les réseaux sociaux pour cibler les jeunes en particulier). L'enjeu de cette campagne est non seulement pédagogique (permettre de comprendre simplement le rôle et l'intérêt de la CSS), mais aussi symbolique (en tant qu'espace de travail sur les représentations associées à la CSS).
- **Mettre à disposition des professionnels de santé, des acteurs de l'accompagnement social des ménages et de l'accompagnement dans l'emploi, des kits de communication** et notamment des affiches à apposer dans les salles d'attente ou les locaux des professionnels.
- **Développer des messages de communication en réponse aux représentations et freins qui ont été identifiés dans l'enquête** : des messages qui ne stigmatisent pas, des messages qui laissent penser que cela peut s'adresser à « tout le monde » (et pas que aux « pauvres » qui « ne travaillent pas »), des messages qui font comprendre ce qu'est une mutuelle et pourquoi on en a besoin, des messages de prévention qui font passer l'information qu'il ne faut pas attendre d'être malade pour prendre une mutuelle, des messages qui renvoient très vite vers des simulateurs faciles à utiliser et qui permettent d'avoir immédiatement une réponse (suis-je éligible ou pas ? et si je suis éligible, qu'est-ce que ça me « rapporte » ?).
- **Cibler des messages qui renvoient à des situations concrètes** dans lesquelles se trouvent les personnes qui peuvent être concernées par la complémentaire santé solidaire (vous démarrez dans la vie adulte, vous êtes saisonnier, vous changez souvent de travail, la configuration de votre foyer a changé, vous arrivez à la retraite…).

[19] Voir au début de cette partie.

- **S'appuyer sur des « événements de la vie » pour communiquer sur l'importance d'avoir une mutuelle et la possibilité d'avoir recours à la complémentaire santé solidaire** : par exemple, lors de l'arrivée d'un enfant, lors des informations de dépistage, lors d'un déménagement et de l'inscription à une nouvelle caisse d'Assurance maladie… Les courriers de la caisse d'Assurance maladie semblent, à ce titre, un bon vecteur, auquel les personnes rencontrées accordent pour la plupart une attention forte.
- **Proposer une carte pour les bénéficiaires de la CSS, sur le modèle des cartes des autres mutuelles et de la carte Vitale** : une carte permet non seulement de rendre visible la CSS par un objet matériel, mais aussi de banaliser son usage. La carte permet d'incarner la CSS comme « une mutuelle comme les autres », et en ce sens de mettre en partie à distance les logiques de stigmatisation qui peuvent opérer. Par ailleurs, cet usage est déjà intégré par les bénéficiaires qui sont nombreux à conserver le papier d'attribution dans leur portefeuille pour le présenter à la pharmacie ou chez le médecin.

Recommandation n° 2 : Développer des efforts ciblés pour certains profils récurrents de non recourants

L'étude a mis en avant plusieurs profils récurrents chez les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire : les personnes récemment arrivées ou de retour en France, les travailleurs précaires, les femmes séparées ou divorcées, les retraités aux « petites retraites » et les jeunes rencontrant des problématiques de santé. Il semble pertinent de développer des approches spécifiques « centrées usagers » pour augmenter le recours chez les personnes qui entrent dans ces profils.

- **Cibler les jeunes en insertion comme profil prioritaire** pour l'accélération du recours à la complémentaire santé solidaire. Les missions locales en particulier doivent être associées comme partenaires essentiels du relais vers la complémentaire santé solidaire, avec une réflexion sur une simplification de l'accès à la complémentaire et sur la mise en place d'un « processus tourné usager » particulièrement pensé pour le public jeune qui entre dans la vie adulte. La mutuelle doit être envisagée par les jeunes comme faisant partie du « pack » de l'autonomie : une formation ou un emploi, un logement, une carte Vitale et une mutuelle…
- **Développer et faciliter le recours pour les conjoints qui se séparent.** Il serait notamment intéressant de faciliter le recours à la CSS au travers du « parcours séparation » mis en place par la branche Famille. Cela implique notamment des rapprochements entre la caisse d'Assurance maladie et la caisse d'allocations familiales (CAF) sur ce sujet précis.
- **Faciliter l'accès à la CSS pour les jeunes retraités** et systématiser la recherche d'éligibilité pour les retraités *via* l'accès aux droits à la retraite. Des rapprochements pourraient se mettre en place à ce sujet entre la caisse d'Assurance maladie et Carsat.
- **Favoriser le recours à la CSS chez les travailleurs précaires**, qui enchaînent les « petits contrats », alternent périodes d'activité et de non-activité… Il pourrait être intéressant de travailler sur l'information employeur en fin de contrat (fin de contrat court, licenciement…) pour expliciter la durée du droit à la mutuelle de l'entreprise le cas échéant et informer de l'existence de la complémentaire santé solidaire en relais. Un travail en lien avec les mutuelles est aussi à prévoir pour préparer la fin du droit à la mutuelle d'entreprise.
- **Mieux outiller l'arrivée ou le retour en France** en renforçant pour ces publics récemment arrivés sur le territoire français l'information sur l'existence de la complémentaire santé solidaire et sur les conditions d'éligibilité.
- **Continuer les efforts d'automatisation des droits** qui ont un impact important sur l'augmentation du recours à la CSS (RSA, Aspa…).

Recommandation n° 3 : Accompagner les changements de situation, entre CSS non payante et payante, payante et non payante, et en sortie de CSS

Nombreux sont les bénéficiaires à rendre compte des problématiques rencontrées par le calcul des ressources à l'année n-1, ce d'autant plus qu'il s'agit d'un public aux revenus instables et fluctuants. Certaines personnes passent en CSS payante ou sortent de l'éligibilité à la CSS alors qu'elles vivent une année difficile financièrement (un indu à rembourser par exemple) ou parce qu'elles ont eu un apport ponctuel (rattrapage d'une complémentaire retraite non perçue) qui ne provoque pas d'élévation du niveau de vie sur le long terme. Le passage d'une CSS gratuite à une CSS payante ou la sortie de la CSS peut, dans certains cas, poser de réelles difficultés financières pour les personnes et être facteur de non-recours à la CSS ou à une mutuelle. Il peut, par ailleurs, être mal compris par certaines personnes et favoriser une confusion sur les conditions d'éligibilité et les modalités de fonctionnement de la complémentaire. De la même façon, le passage de la CSS payante *via* une mutuelle privée à la CSS gratuite se traduit parfois par une difficulté à rompre le contrat avec la mutuelle privée : la personne bénéficie dans ce cas pendant plusieurs mois de deux mutuelles en parallèle.

- **Encourager et essaimer les initiatives des caisses d'Assurance maladie pour accompagner la sortie de l'éligibilité**, notamment pour la sortie de la CSS (en proposant, par exemple, des aides financières pour payer une partie de la mutuelle privée en sortie de CSS).

- **Lisser les événements atypiques et accorder un traitement particulier aux entrées d'argent exceptionnelles dans le calcul des ressources** pour éviter les allers-retours entre CSS non payante/payante/sortie de CSS.
- **Favoriser les échanges d'information entre caisses d'Assurance maladie et mutuelles privées** au moment de l'entrée en CSS, notamment pour faciliter la rupture du contrat avec la mutuelle privée et éviter les situations de « double contrats ».
- **Améliorer l'information des personnes sur le choix ou non d'avoir recours à l'organisme complémentaire de la caisse d'Assurance maladie versus un organisme complémentaire privé**, en mettant en avant les engagements de la part des organismes complémentaires privés agréés.
- **Clarifier certaines règles d'éligibilité liées à la composition du foyer**, comme les modalités de calcul pour deux conjoints vivant sous le même toit mais non pacsés, ne faisant pas partie du même foyer fiscal, ou pour un parent et son enfant majeur vivant sous le même toit, ou encore la possibilité de garder son enfant sur sa complémentaire santé solidaire même si son conjoint en prend la garde…

Recommandation n° 4 : Renforcer l'écosystème partenarial et local autour de la caisse d'Assurance maladie en partant du principe que l'accompagnement individuel est un maillon clé du recours

Le recours à la complémentaire santé solidaire est souvent facilité par la médiation d'un travailleur social ou d'un professionnel de santé qui en a fait la promotion auprès de la personne, et souvent qui l'a accompagnée dans son premier accès au droit. L'outil numérique et l'information par le numérique facilitent l'accès aux droits pour certaines personnes, mais il reste compliqué d'accès pour de nombreuses personnes, si elles ne sont pas accompagnées par des « professionnels » des droits.

- **Poursuivre l'effort d'information des professionnels du travail social, de l'accompagnement vers l'emploi, des structures de proximité, des professionnels dans les mairies, des professionnels de santé** pour systématiser la proposition de la complémentaire de santé solidaire par les interlocuteurs de proximité et de confiance des familles.
- **Développer l'information par les employeurs** sur l'existence de la complémentaire santé solidaire.
- **Poursuivre le développement du maillage partenarial autour des caisses d'Assurance maladie pour repérer les personnes renonçant aux soins** du fait d'une absence de couverture santé ou d'une insuffisance de la couverture santé.
- **Axer la sensibilisation des professionnels en particulier sur les profils types de publics recourants/non-recourants**, en renforçant la notion de parcours fluide et « sans couture » pour ces personnes en situation de vulnérabilité et pour lesquelles le parcours doit être facilité, à des moments de « bascule » : arrivée à la retraite, séparation, perte d'un emploi, diagnostic d'un problème de santé, arrivée en France…

Recommandation n° 5 : Accompagner le premier renouvellement et mieux informer des paniers de soins couverts par la complémentaire santé solidaire

L'étude montre que la simplification des démarches a été réelle entre CMU-C/ACS et CSS et qu'elle a favorisé sans aucun doute un plus grand recours à la complémentaire santé solidaire. Pour autant, l'étude relève que le premier renouvellement est souvent un rendez-vous manqué. Cette étape du parcours de recours pourrait être davantage accompagnée par une information plus soutenue (notamment sur le caractère non automatique). Les bénéficiaires de la CSS ne sont, par ailleurs, pas toujours au fait du panier de soins couverts par la CSS, ce qui peut générer des confusions, des malentendus ou des incompréhensions.

- **Poursuivre la démarche de simplification** pour ce qui concerne notamment le renouvellement des droits (formulaires préremplis…).
- **Faciliter l'accès au module de demande CSS en ligne, indépendamment de la détention d'un compte Ameli.**
- **Mieux informer sur la non-automaticité du renouvellement, et mieux penser le parcours usager en particulier pour le premier renouvellement** (date et forme des courriers d'information et de rappel, fin de l'arrêt brutal des droits en cas de retard d'envoi du formulaire…).
- **Davantage communiquer sur le panier de soins couverts par la complémentaire santé solidaire.**

CONCLUSION

Fondée sur un corpus de soixante-dix entretiens menés auprès de personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire (CSS) avec et sans participation financière, cette étude qualitative a pour objectif de mieux comprendre les ressorts du recours et les mécanismes de non-recours à la CSS.

La première partie présente **les grands profils des bénéficiaires de la CSS** qui caractérisent notre échantillon d'étude. De manière transversale, le public rencontré se trouve en situation de précarité et comprend une part importante de personnes ayant des problèmes de santé qui structurent leur vie quotidienne. L'identification de grandes caractéristiques et éléments biographiques partagés permet de dessiner des profils de bénéficiaires, qui peuvent se conjuguer. Un des résultats majeurs est de constater la prédominance des travailleurs précaires, c'est-à-dire de personnes occupant des emplois peu qualifiés, pénibles physiquement et dont le rythme professionnel se caractérise par l'instabilité et l'incertitude. Par ailleurs, nombreux sont celles et ceux qui s'inscrivent dans un parcours de migration, arrivant en France ou de retour en France après avoir vécu à l'étranger. Les femmes ayant connu une séparation sont aussi représentées de manière significative. Parmi elles, la majorité sont mères célibataires et ont leurs enfants à charge, et une part importante d'entre elles ont été victimes de violences conjugales nécessitant des soins de santé spécifiques. Les retraités aux « petites retraites » se présentent aussi comme un profil récurrent parmi les bénéficiaires. Enfin, tous les jeunes majeurs rencontrés sont confrontés à de lourdes problématiques de santé. Si les jeunes constituent une catégorie particulièrement difficile à mobiliser dans le cadre d'études ou de campagnes d'information concernant la santé, ce constat met en lumière le fait que ceux qui répondent présents sont ceux qui éprouvent un besoin de soin important.

La deuxième partie propose **une typologie du non-recours à la CSS**, construite à partir des situations de non-recours identifiées lors des entretiens. S'inscrivant dans la continuité des travaux de l'Odenore qui présentent différentes formes de non-recours aux prestations sociales, cette typologie présente les spécificités du non-recours à la CSS. Un premier type de non-recours repose sur la non-connaissance du dispositif. Si les personnes connaissent mal le système de protection sociale français et ses rouages, il apparaît que la CSS est un dispositif mal connu du grand public. Ce type de non-recours est spécifiquement identifié chez les personnes récemment arrivées en France, et celles ayant perdu leur emploi, jusqu'alors habituées à une mutuelle privée. Un second type de non-recours particulièrement représenté est relatif à la méconnaissance de la CSS. Les personnes éligibles ont connaissance du dispositif, mais de manière partielle, lacunaire, voire erronée, et n'en font pas la demande. La méconnaissance réside principalement dans les critères d'éligibilité, la CSS étant souvent associée à une prestation sociale destinée à celles et ceux « qui ne travaillent pas », éludant une part des bénéficiaires aux faibles revenus. Les travailleurs précaires comptent parmi les plus enclins à ce type de non-recours. Le troisième type, le non-recours par non-demande, est transversal aux différents profils. Il concerne des personnes qui n'ont pas fait de demande de CSS alors qu'elles connaissaient le dispositif et leur éligibilité. Plusieurs facteurs explicatifs ont été identifiés : soit la personne s'est découragée face à la complexité des démarches, soit elle n'avait pas la disponibilité psychologique pour les engager, soit elle envisage de ne pas demander la CSS après arbitrage économique, car son recours implique une participation financière qu'elle n'estime pas pouvoir prendre en charge. Cet effet de seuil est une spécificité du non-recours à la CSS et peut éclairer l'hypothèse d'un non-recours à la CSS payante plus important. La grande instabilité des revenus liée au travail temporaire du public éligible à la CSS avec participation financière se présente comme un facteur explicatif de la non-demande. Le quatrième type est le non-recours par non-réception, renvoyant à une demande de CSS non obtenue. Minoritaire, il relève principalement d'erreurs et/ou d'ambiguïtés sur le calcul des ressources déterminant l'éligibilité, à la frontière du non-recours.

La troisième partie s'intéresse aux **trajectoires de recours à la CSS**. En premier lieu, elle analyse les ressources et événements facteurs de recours. Les ressources personnelles et institutionnelles apparaissent structurantes. Parmi elles, le soutien des pairs (collègues, amis, voisins) se présente comme un important facteur de recours. Dans une moindre mesure, la socialisation familiale aux démarches administratives favorise le recours, les inscrivant dans un champ de compétences, de connaissances et de réflexes intériorisés. L'accompagnement social des personnes est le vecteur de recours central pour les personnes qui en bénéficient (nombreuses dans l'échantillon). Enfin, il apparaît que la communication des acteurs du champ de la santé (médecins, pharmaciens, caisse d'Assurance maladie) suscite aussi, plus ponctuellement, le recours à la CSS. Ces différentes ressources interagissent étroitement avec des événements personnels qui se présentent comme des moments de bascule biographique et qui constituent des « facteurs déclencheurs » de recours à la CSS. Trois grandes catégories d'événements ont été identifiées : les maladies et accidents qui appellent un besoin de soin, les séparations conjugales qui impliquent un changement de mutuelle, enfin l'arrivée ou le retour en France, qui suscitent l'engagement de démarches administratives. L'étude montre que le recours à la CSS s'inscrit aussi dans des parcours de vie diversifiés qui s'appréhendent sur un temps long. Trois types de parcours de recours à la CSS ont ainsi pu être identifiés : le premier, selon lequel la CSS est un droit intériorisé sur un temps long ; le second, où la CSS est appréhendée comme une aide temporaire dans une période de fragilité ; et le troisième, où la CSS se présente comme un nouveau dispositif structurant du quotidien, et qu'il s'agit alors de s'approprier.

La quatrième partie porte **sur la satisfaction des bénéficiaires, ainsi que sur les difficultés rencontrées face au dispositif, et propose des pistes d'amélioration**. Un des résultats importants de l'étude est l'expression d'une forte satisfaction des bénéficiaires, qui repose non seulement sur la gratuité des soins et leur bonne prise en charge globale, mais aussi sur l'appréciation de la simplification de la démarche et l'amélioration du recours pour certains statuts. Une forte reconnaissance vis-à-vis du dispositif et du système de soins français est exprimée lors des entretiens. Cette satisfaction partagée est toutefois mise à l'épreuve par un certain nombre de difficultés. Le dispositif apparaît encore mal connu, notamment en ce qui concerne les conditions d'éligibilité et la gamme de soins couverts. Le parcours de recours est aussi jalonné d'obstacles : la première demande de renouvellement relève souvent d'un rendez-vous manqué ; pour certains bénéficiaires, le rapport avec les organismes complémentaires privés est chargé de tensions ; nombreuses sont les personnes qui rencontrent des incompréhensions ou problématiques face aux modalités de calcul et conditions d'attribution de la CSS. Enfin, l'étude montre que la CSS est associée à certaines représentations négatives, qui se fondent, d'une part, sur la perception d'une santé à deux vitesses et, d'autre part, sur l'intériorisation d'un stigmate qui conduit certaines personnes à rationaliser leurs soins.

Les préconisations reposent sur les enseignements des quatre parties, selon deux angles d'approche : l'amélioration du recours à la CSS et l'amélioration du dispositif. Cinq grandes recommandations ont été mises en évidence : renforcer la communication grand public autour de la complémentaire santé solidaire ; développer des efforts ciblés pour certains profils récurrents de non-recourants ; accompagner les changements de situation, entre CSS non payante et payante, ainsi qu'en sortie de CSS ; renforcer l'écosystème partenarial et local autour de la caisse d'Assurance maladie en partant du principe que l'accompagnement individuel est un maillon clé du recours ; accompagner le premier renouvellement et mieux informer des paniers de soins couverts par la complémentaire santé solidaire.

Au-delà des enseignements relatifs à l'appropriation pratique du dispositif, un des grands résultats de l'étude est de montrer que **le non-recours n'est pas un statut, mais bien qu'il est lié à des moments de vie, qu'il s'inscrit dans des trajectoires biographiques et qu'il peut concerner une grande diversité de situations sociales**. L'enjeu est davantage de voir comment le lien vers la CSS peut être fait selon les parcours de vie. Si ces enseignements permettent de dégager des pistes d'amélioration du dispositif et de son recours, cette enquête comporte toutefois certaines limites et angles morts qui invitent à poursuivre la recherche sur le non-recours aux prestations sociales d'aide financière à l'accès aux soins de santé.

Si nous avions fait l'hypothèse d'effets de lieux sur le non-recours à la CSS, l'enquête n'a pas spécifiquement mis en lumière ce facteur, bien que les territoires d'étude aient été retenus pour leur diversité et que les entretiens aient – entre autres – porté sur l'environnement sociospatial de la personne. Dans le sillage de recherches quantitatives abordant les inégalités territoriales de santé (Chauvin, Parizot, 2009), une **analyse spatiale du non-recours** ciblée sur les déserts administratifs et/ou médicaux (en zone urbaine, notamment certains quartiers prioritaires de la ville, ou en zone rurale) pourrait permettre de creuser l'articulation entre non-recours à une complémentaire santé, pénurie de professionnels de santé et difficulté d'accès à des ressources d'accompagnement (par exemple les maisons d'accueil spécialisées [MAS]).

Il serait aussi structurant d'explorer plus spécifiquement **les effets de l'exclusion numérique qui, se superposant aux autres facteurs d'exclusion existants**, fragilisent des populations précaires tout en impactant également des individus qui n'étaient pas en situation d'exclusion sociale (Deydier, 2018). Au-delà de l'accès, ce sont ainsi les questions de l'usage et des pratiques qui se posent et se présentent comme des problématiques pour les personnes qu'il s'agirait d'analyser davantage (si notre méthodologie de mise en relation avec les enquêtés – *via* un e-mail envoyé par la CNAM – nous a permis de rencontrer des personnes ayant *a minima* un « accès » à un outil numérique et à une connexion, elle a mis en lumière que cela pouvait même pour ce public constituer une difficulté).

Enfin, cet objet d'étude gagnerait à **développer le champ de connaissance du non-recours à la CSS du public jeune majeur**, encore très méconnu et constituant pourtant un enjeu central s'agissant de la progression du recours au dispositif (ce public étant présenté par les caisses d'Assurance maladie comme le plus complexe à capter). Cela implique une méthodologie qualitative particulière pouvant mobiliser des jeunes *via* un réseau partenarial (par exemple la mission locale, la prévention spécialisée), pour rencontrer des jeunes à distance de ces démarches administratives et qui se sentent moins concernés (*a priori*, dès lors qu'ils n'ont pas de lourdes problématiques de santé), afin de saisir plus spécifiquement les facteurs de non-recours et vecteurs de recours.

Alors que le champ d'étude du non-recours se développe, l'analyse transversale s'enrichit ouvrant des pistes comparatives entre différents dispositifs. À ce titre, Asdo étude commence, pour la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), une étude sur le non-recours au RSA des travailleurs indépendants, qui pourra en creux apporter des enseignements complémentaires sur le profil des travailleurs précaires particulièrement représentés dans cette recherche.

POUR EN SAVOIR PLUS

Albérola, E., Brice, L., Maes, C., Muller, J. (2017, mai). *La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours.* Credoc, rapport.

Aldeghi, I., Guisse, N., Hoibian, S., Jauneau-Cottet, P., Maes, C. (2016). Baromètre DJEPVA sur la jeunesse. INJEP, coll. *Notes & rapports/Rapport d'étude*.

Berrat, B., Paul, V. (2007). *Comprendre les causes de non-recours à la CMU complémentaire et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.* IRTS Île-de-France Montrouge / Neuilly-sur-Marne, étude.

Boltanski, L. (1971). *Les usages sociaux du corps.* Paris, Armand Colin, Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 26e année, 1, pp. 205-233.

Cabannes, P.-Y. (2022, juin). Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé. DREES, *Études et Résultats*, 1232.

Chareyron, S. (2016). *Le non-recours aux aides sociales sous conditions de ressources.* Université Paris Est Créteil Val de Marne, thèse de doctorat.

Chauvin, P., Parizot, I. (2009). Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005). *Les cahiers de l'ONZUS*.

CNLE (2021). Avis du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire.

Daly, M. (2002). *L'accès aux droits sociaux en Europe.* Éditions du Conseil de l'Europe, rapport.

Deydier, J. (2018). Les exclus de la datacracie. *Pouvoirs, revue française d'études constitutionnelles et politiques,* 164, pp. 137-148.

DREES (2020). La couverture maladie complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans P.-Y. Cabannes et L. Richet-Mastain (dir.) *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, pp. 274-279.

DREES (2021). La complémentaire santé solidaire (CSS). Dans P.-Y. Cabannes et L. Richet-Mastain (dir.) *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, pp. 268-274.

DREES (2022). *Complémentaire santé solidaire avec participation financière : un taux de non-recours en baisse pour la première fois en 2021.* Communiqué de presse.

DSS (2021, automne). *La Revue de la Complémentaire santé solidaire*, 2.

DSS (2022, hiver). *La Revue de la Complémentaire santé solidaire*, 3.

Fonds de la complémentaire santé solidaire (2019). Rapport d'activité.

Fouquet, M., Pollak, C. (2022, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 101.

Guthmuller, S., Jusot, F., Wittwer, J. (2014). *Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009.* Irdes, rapport.

Mazet, P., Revil H. (2018). Vivre en situation de non-recours frictionnel. Une enquête menée dans trois Caf. CNAF, *Revue des politiques sociales et familiales*, 128, pp. 51-58.

Obkani, N. (2013). Les travailleurs pauvres face au RSA activité, un rendez-vous manqué ?. *Revue française des affaires sociales*, 4, pp.34-55.

OFII (2021). Rapport annuel d'activité.

Parizot, I. (2014). L'accès aux soins comme reconnaissance de la citoyenneté ? Dans S. Paugam, *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris, Presses universitaires de France.

Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale*. Paris, Presses universitaires de France.

Revil, H. (2010). *Le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée.* Odenore, rapport.

Siblot, Y. (2006). *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*. Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, coll. Académique.

Vial, B. (2018). Le non-recours des jeunes adultes à l'aide publique. Injep, *Notes & rapports/Revue de littérature*.

Warin, P. (2010, juin) [actualisé en décembre 2016]. Le non-recours : définition et typologies. Odenore, *Working Paper, 1*.

Annexe 1. Guide d'entretien

Une trame de guide d'entretien est présentée ici, commune pour le volet recourant et pour le volet non-recourant. La distinction entre les deux populations d'enquête est en effet assez floue : les recourants peuvent avoir connu des périodes de non-recours et les non-recourants sont, en réalité, des recourants récents, qui ont été identifiés et accompagnés par des maisons d'accueil spécialisé (MAS) en tant que bénéficiaires éligibles et non-recourants. Ce guide d'entretien permet de développer, dans le détail, les périodes de recours et de non-recours **dans les trajectoires des personnes**, qu'elles aient ouvert récemment ou moins récemment leurs droits.

Indications de lecture : les questions en gras correspondent aux questions qui doivent être posées si le sujet n'est pas abordé spontanément par la personne. Les autres questions sont des relances possibles pour l'enquêtrice, elles n'ont pas vocation à être toutes posées.

Note pour l'enquêtrice : le guide qui suit est une trame. La conduite de l'entretien doit être souple pour s'adapter au mieux à l'interlocuteur et suivre son récit. Toutes les questions n'ont pas vocation à être posées et ne sont pas figées. Elles peuvent être reformulées, adaptées et posées dans un ordre différent de façon à rebondir sur les propos de l'enquêté(e) et épouser la continuité de son discours.

Présentation de l'étude

Je m'appelle xxx, je suis sociologue au sein du cabinet Asdo. Nous réalisons des études-recherches pour les pouvoirs publics, auprès des usagers, afin de les aider à améliorer leurs dispositifs ou leurs prestations.

Actuellement, nous travaillons pour le ministère des Solidarités et de la Santé, qui nous a commandé une étude sur le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire, la CSS, et c'est dans ce cadre que nous souhaitions échanger avec vous aujourd'hui. Cette étude a pour objectif de mieux comprendre comment les gens ouvrent leurs droits à cette prestation, ce qu'elle leur apporte ensuite dans leur quotidien, s'ils en sont satisfaits, mais également les difficultés qu'ils ont pu rencontrer et les limites de ce dispositif. Ce qui nous intéresse, c'est donc votre expérience à vous en tant qu'usager ou usagère.

Nous avons prévu une série de sujets à aborder ensemble, mais sentez-vous libre de digresser ou de développer les points qui vous intéressent. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Cet entretien est bien évidemment anonyme et confidentiel. Si cela ne vous dérange pas, je vais enregistrer cet entretien. Avez-vous des questions ?

Présentation de l'enquêté(e)

- **Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?** Quel âge avez-vous ? Vivez-vous seul ou avec quelqu'un ? Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ?
- **Depuis combien de temps vivez-vous ici ?** Retracer brièvement la trajectoire résidentielle et géographique de la personne.
- Que faites-vous actuellement ? Avez-vous un emploi ?
  - Si oui, depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? Que faisiez-vous avant ?
  - Si non, depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?
  - Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi ? Dans quel secteur ?
  - Quelles sont vos sources de revenus ? Percevez-vous une allocation chômage ? Le RSA ? Percevez-vous d'autres prestations sociales comme les APL, l'AAH ou l'Aspa par exemple ?
  - Si la personne est au RSA : Dans le cadre de votre RSA, avez-vous un conseiller ou une conseillère, un assistant ou une assistante social(e) qui vous suit ? À quelle fréquence voyez-vous cette personne ?
- Et pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel, dans les grandes lignes ? Retracer la trajectoire professionnelle de la personne (formation initiale, historique des secteurs d'activité et des emplois exercés, types de contrats, périodes d'inactivité, etc.)
- Si la personne est en couple : Et votre conjoint(e), que fait-il/elle ?
- Qu'aimez-vous faire de votre temps libre ? Vos centres d'intérêt, loisirs…
- **Pouvez-vous me décrire une semaine ou une journée type ?** Avez-vous accès à ce dont vous avez besoin au quotidien ? À travers cette question, saisir l'espace vécu de la personne (accessibilité des services de proximité par rapport au lieu de résidence, modes de déplacement et éventuels freins, accompagnement social de la personne…)

Note pour l'enquêtrice : à la fin de cette première partie d'entretien, il s'agit d'avoir identifié l'environnement social de la personne, les grands « temps biographiques » et les « moments de bascule » (par exemple : problèmes de santé, séparation, retraite, indépendance des jeunes, licenciement, etc.) qui pourront, le cas échéant, être mobilisés lors des relances sur les périodes de recours à une mutuelle.

État de santé perçu et pratiques de soin

- Comment décririez-vous votre santé aujourd'hui ? D'une manière générale, vous sentez-vous plutôt en bonne santé ou ressentez-vous certaines difficultés ?
- Diriez-vous que la santé est un sujet important pour vous ? Est-ce un sujet dont vous discutez régulièrement avec vos proches par exemple ? Est-ce un sujet sur lequel vous cherchez à vous informer ? Régulièrement ou de temps en temps ?
- Et votre entourage ? Vous arrive-t-il d'aider vos proches dans les démarches de santé ? (Parents âgés, enfants, conjoints…)
- Diriez-vous que vous consultez souvent des professionnels de santé ? De temps en temps ? Ou essentiellement quand vous en avez besoin ? Pensez-vous consulter suffisamment, par rapport à vos besoins ? Généralement, à partir de quel moment décidez-vous d'aller consulter ? Qu'est-ce qui vous décide à aller chez le médecin ?
- Quels professionnels avez-vous l'habitude d'aller consulter et à quelle fréquence ?
- Sur le plan financier, combien vous coûtent généralement ces consultations ?
  - Devez-vous avancer les frais avant d'être remboursé(e) ?
  - Quel est le reste à charge pour vous ?
- Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour consulter un professionnel de santé ?
  - Y a-t-il suffisamment de professionnels de santé dans votre ville et aux alentours ?
  - Faut-il attendre plusieurs mois avant d'avoir un rendez-vous ?
  - Des médecins vous ont-ils dit qu'ils refusaient les nouveaux patients ?
- Vous est-il déjà arrivé de ne pas consulter alors que vous pensiez en avoir besoin ou que vous l'aviez prévu ? Avez-vous des exemples ?
  - Pour quelles raisons avez-vous préféré reporter ou annuler ?
  - Finalement, avez-vous consulté pour ce même problème/besoin plus tard ?
- **Si vous avez une question d'ordre médical, vers qui vous tournez-vous ?** Vers des professionnels de santé ? Des associations ? Des référents de l'action sociale ? Des proches ?
- Pour vous, quel est le rôle d'un médecin ? Qu'en attendez-vous ?

Connaissance et recours à la CSS

- Pourriez-vous m'expliquer comment vous êtes pris(e) en charge pour vos frais de santé ? Comment cela fonctionne ?
- Vous bénéficiez donc aujourd'hui de la complémentaire santé solidaire, combien de personnes dans votre foyer sont couvertes par cette complémentaire ?
  - Votre conjoint(e) et vos enfants sont-ils couverts par la CSS ? Si non, pourquoi ? Êtes-vous couverts par une autre mutuelle ?
- Quel est le coût de cette complémentaire tous les mois ? Est-elle gratuite ? *Vérifier s'il s'agit d'un recourant CSS ou CSSP et tâcher d'avoir le montant mensuel de la participation le cas échéant.*
  - Si CSSP : Que représente ce montant dans votre budget ? Diriez-vous que c'est beaucoup ou que c'est raisonnable ?
  - D'une manière générale, avez-vous un « budget santé » ? Qu'est-ce que cela représente dans l'ensemble de votre budget ?
- Depuis combien de temps êtes-vous couvert(e) par la CSS ?
  - Aviez-vous l'ACS ou la CMU-C avant ?
  - À quand remonte votre dernière demande ? Et qu'est ce qui a suscité cette demande de CSS ? *Comprendre ici s'il s'agit d'un renouvellement annuel « ritualisé » par le bénéficiaire, si cela est lié à une problématique de santé particulière, un événement de vie (personnel ou professionnel).*
  - Avez-vous alterné entre des périodes avec et sans CSS ? Si oui, à quand remonte votre toute première demande ?
- Durant les périodes où vous n'aviez pas la CSS, aviez-vous une autre mutuelle ?
  - Si oui, laquelle ? En étiez-vous satisfait(e) ? Pourquoi avoir changé ?
  - Si non, pour quelles raisons n'aviez-vous aucune complémentaire ? Vous n'en aviez pas besoin ? Cela était trop cher ?

Note pour l'enquêtrice : développer chacune des périodes sans complémentaire pour tenter de comprendre si la personne était éligible à la CSS à ce moment-là et, si c'est le cas, pour quelles raisons elle n'avait pas recours à la CSS (méconnaissance ; complexité des démarches ; coût, etc.).

- Comment avez-vous eu connaissance de la CSS pour la première fois ?
  - Était-ce par un proche, par le bouche-à-oreille ? Qui était-ce ?
  - Était-ce par les médias, la presse, les réseaux sociaux ?
  - Était-ce par une assistance sociale ou une personne qui vous accompagne dans le cadre de vos démarches administratives ?
  - Était-ce par un professionnel de santé ? Votre médecin généraliste ou un des médecins spécialistes que vous consultez ?
  - Était-ce par votre caisse d'Assurance maladie ?

- Comment vous a-t-on présenté cette prestation ? Qu'en avez-vous compris à ce moment-là ?
  - Y avait-il des choses qui n'étaient pas claires pour vous ?
  - Aviez-vous des questions et avez-vous pu les poser ? Si oui, à qui ? Et avez-vous eu des réponses ?
  - Aujourd'hui, si vous deviez m'expliquer ce qu'est la CSS, que me diriez-vous ? À quoi sert la CSS selon vous ?
- Avez-vous hésité à avoir recours à cette prestation ? Pour quelles raisons ?
  - Avez-vous hésité à cause du coût ?
  - Avez-vous hésité par rapport aux soins qui sont couverts ?
  - Avez-vous hésité par rapport à une autre mutuelle ? Pourquoi ?
  - Les démarches vous semblaient-elles trop compliquées ?
  - Autres ?
- Quelles démarches avez-vous dû faire pour ouvrir vos droits à la CSS ?
  - Comment s'est passée la demande ?
  - Quels papiers avez-vous dû fournir ? Auprès de qui ?
  - Qu'est-ce qui s'est fait sur internet, de manière dématérialisée ? Comment ?
  - Avez-vous rencontré des difficultés à ce moment-là ?
  - Avez-vous pu vous faire accompagner dans ces démarches ? Par qui ?
  - Combien de temps ont duré ces démarches ?
  - Comment avez-vous été informé(e) de l'ouverture de vos droits ?

Note pour l'enquêtrice : Reprendre les différentes étapes du parcours d'ouverture des droits pour retracer la chronologie et identifier les moments qui ont occasionné des difficultés.

- Avez-vous été amené(e) à renouveler votre CSS ?
  - Avez-vous été informé(e) de la nécessité de la renouveler ? Si oui, par qui ? Quand ? Et comment (mail, courrier, professionnel qui vous accompagne) ?
  - Quelles démarches avez-vous dû faire ? Cela vous a-t-il semblé compliqué ? Avez-vous été accompagné(e) par quelqu'un au moment du renouvellement ?
  - Vous est-il arrivé de ne pas renouveler votre CSS alors que vous y aviez droit ? Pour quelles raisons ?
- Jusqu'à quand comptez-vous garder cette complémentaire ?
  - Diriez-vous que c'est temporaire ?
  - Comptez-vous prendre une autre mutuelle ? Si oui, pourquoi ?
  - Ou peut-être pensez-vous ne pas avoir de complémentaire ou de mutuelle ? Pourquoi ?

Effets perçus et niveau de satisfaction

- Selon vous, quels sont les avantages de la CSS ?
  - Diriez-vous que vous consultez plus souvent ? Pour vous ? Pour les membres de votre foyer ?
  - Allez-vous voir des professionnels de santé que vous n'alliez pas voir avant ? *Relancer par rapport aux besoins de santé évoqués en début d'entretien et sur la fréquence de consultation du généraliste, des spécialistes (notamment audition, optique, dentaire), des paramédicaux, etc.*
  - Vous arrive-t-il de consulter pour « des visites de contrôle » et pas seulement quand vous avez un problème de santé ?
  - Avez-vous l'impression que cette prestation vous « soulage » d'un point de vue financier ?
  - Pour ceux qui avaient recours à la CMU-C ou à l'ACS, qu'est-ce qui est mieux/moins bien ?
- Selon vous, quels sont les inconvénients de la CSS ?
  - Le coût ?
  - Les démarches administratives de demande et de renouvellement ?
  - Le risque que des professionnels vous refusent une consultation ?
  - Le risque d'être stigmatisé ?
- Selon vous, comment ce dispositif pourrait-il être amélioré ?
  - Du point de vue de l'information, de la communication ?
  - Du point de vue de la démarche ? Qu'est-ce qu'il faudrait changer pour que ce soit plus facile ?
- Pour vous, est-ce que cela est important d'avoir une mutuelle, et pourquoi ?
- Plus largement, que pensez-vous du système de soins en France ?
- Avez-vous des questions ou des choses à ajouter sur des points qui vous semblent importants et que nous n'aurions pas abordés ?

Les dossiers de la DREES
N° 107 • mars 2023

Le recours et le non-recours
à la complémentaire santé solidaire

Directeur de la publication
Fabrice Lenglart

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr