



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DOSSIERS DE LA DREES

n° 57 • juin 2020

Le non-recours aux prestations sociales

Mise en perspective et données disponibles

Dossier coordonné par Lucie Gonzalez et Emmanuelle Nauze-Fichet

Le non-recours aux prestations sociales

Mise en perspective et données disponibles

Dossier coordonné par Lucie Gonzalez et Emmanuelle Nauze-Fichet

Contributeurs : Patrick Aubert, Mahel Bazin, Guillemette Buisson, Laura Castell, Christel Collin, Mathieu Fouquet, Mathilde Gaini, Gabin Langevin, Aude Lapinte, Céline Marc, Laure Omalek, Claudine Pirus, Catherine Pollak.

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

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

Sommaire

■ PRÉAMBULE.....	5
■ LA LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS EN FRANCE : ÉLÉMENTS DE MISE EN PERSPECTIVE	6
■ FICHE 1 - OPINION DES FRANÇAIS SUR LE NON-RECOURS ET CONNAISSANCE DES PRESTATIONS	14
Près des trois quarts des Français considèrent qu'il existe du non-recours aux droits ou aux allocations.....	14
L'opinion des Français sur les raisons du non-recours	14
Les connaissances des Français sur les prestations	15
■ FICHE 2 - LES MÉTHODES DE MESURE DU NON-RECOURS AUX PRESTATIONS SOCIALES EN FRANCE	17
Différentes méthodes possibles pour estimer le non-recours	17
Les limites des mesures actuelles utilisant la microsimulation : l'exemple du RSA	19
Des investissements méthodologiques d'envergure sont engagés à horizon 2021	20
L'utilisation de méthodes de « datamining » par la Cnaf.....	21
■ FICHE 3 - RISQUE PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	22
Taux de recours au revenu de solidarité active	22
Taux de recours à la prime d'activité	22
■ FICHE 4 - RISQUE FAMILLE	24
Trois pères sur dix n'ont pas recours à leur congé de paternité	24
Le recours aux prestations visant à accompagner l'absence d'activité ou le temps partiel des parents d'enfants de moins de trois ans ayant travaillé antérieurement (CLCA, Prepare).....	25
■ FICHE 5 - RISQUE VIEILLESSE-SURVIE	27
À 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à la retraite	27
Le non-recours au minimum vieillesse	27
Les prestations pour l'autonomie et l'hébergement des personnes âgées	28
■ FICHE 6 - RISQUE SANTÉ	31
Le renoncement aux soins	31
Le non-recours aux aides sociales pour l'accès aux soins	34
■ FICHE 7 - L'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION DU RENDEZ-VOUS DES DROITS « ÉLARGI » DES CAF	39
Le « rendez-vous des droits » des Caf, un guichet unique pour réduire le non-recours	39
Élargi à titre expérimental en 2017, il a donné lieu à la mise en place d'un véritable cadre d'évaluation.....	39
La participation à un rendez-vous des droits augmente de près d'un tiers la part des personnes ouvrant un nouveau droit dans les six mois	39
Les rendez-vous favorisent l'ouverture de droits au RSA, à la prime d'activité et aux allocations logement mais pas à la CMUC ni à l'ACS.....	40
L'impact positif du rendez-vous des droits tiendrait en grande partie à l'aide apportée dans le remplissage des demandes de prestations.....	40

■ PRÉAMBULE

Ce dossier vise à dresser un panorama des données déjà produites par la DREES sur le non-recours aux prestations sociales et annoncer les travaux prévus pour les prochaines années.

Une note de synthèse introductive met le sujet en perspective : comment le non-recours aux prestations, devenues de plus en plus ciblées, est-il devenu un objet de préoccupation des associations, des chercheurs et des acteurs publics ? Quels sont les enjeux de la lutte contre le non-recours ? Quelles sont les stratégies mises en œuvre ? Quelles données sont disponibles sur l'ampleur du non-recours, le profil des non-recourants, les motifs déclarés, pour étayer l'action publique en la matière ?

Suivent un ensemble de fiches rassemblant les éléments statistiques disponibles sur le champ d'action du ministère des Solidarités et de la Santé, produites par la DREES et la Cnaf (et la Dares pour le RSA).

Deux premières fiches, transversales, traitent de l'opinion des Français sur le non-recours et leur connaissance des prestations d'une part, des méthodes de mesure du non-recours en France et des difficultés qu'elles posent d'autre part. Sur ce dernier point, un chantier méthodologique d'ampleur, qui vise à expertiser le potentiel de la microsimulation et améliorer à horizon 2021 la mesure du non-recours à certaines prestations sociales, vient d'être engagé par la DREES, en partenariat avec la Cnaf, l'université Paris Est Créteil et l'Insee et grâce à un financement de la Délégation interministérielle à la prévention et la lutte contre la pauvreté (DIPLP).

Les quatre fiches suivantes, assez courtes, rassemblent les éléments chiffrés, ainsi que leurs limites ou les difficultés d'estimation rencontrées, pour les différents risques sociaux : pauvreté-exclusion sociale, famille, vieillesse-survie, santé.

Enfin, une dernière fiche présente les résultats de l'évaluation de l'expérimentation du rendez-vous des droits « élargi », pilotée par la DREES en collaboration avec la Cnaf, l'École d'économie de Paris et Pôle Emploi (et avec un financement de la Commission européenne). Il s'agit de l'extension aux demandeurs d'emploi en début ou fin de droits du rendez-vous des droits, d'un guichet unique mis en place par les CAF pour réduire le non-recours.

■ LA LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS EN FRANCE : ÉLÉMENTS DE MISE EN PERSPECTIVE

Emmanuelle Nauze-Fichet¹

Selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), « *la question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre* ». La question du non-recours concerne *a priori* toute l'offre publique, même si le débat et les essais de quantification du phénomène se concentrent souvent sur les prestations sociales. Alors que la lutte contre le non-recours se hisse dans les priorités de la politique de la lutte contre la pauvreté en France, cette note vise à mettre le sujet en perspective : on fait le point ici sur un ensemble d'éléments qui ont concouru à l'appropriation publique de la question et aux orientations prises, ainsi que sur le rôle d'accompagnement de la statistique publique, malgré la complexité technique pour appréhender le phénomène.

De la construction de la protection sociale à sa pleine effectivité

La France est le pays européen qui consacre l'effort le plus important, en part de produit intérieur brut (PIB), à la protection sociale de ses habitants : en 2018, selon le compte provisoire de la protection sociale, les dépenses de protection sociale s'élèvent à 787,1 milliards d'euros, soit 33,5 % du PIB (Lecanu, 2019). Depuis la création de la sécurité sociale en 1945, la France a étendu, complété, rénové son système de protection sociale dans l'objectif de prendre en compte au mieux la diversité des risques sociaux et celle des situations et parcours individuels. Dans un contexte démographique, social et économique évolutif, de nouvelles prestations ont été créées, certaines ont été remplacées, supprimées, fusionnées.

À partir des années 1970, avec le ralentissement économique, l'évolution du système de protection sociale se fait davantage selon une logique de « ciblage ». Afin de répondre, avec des coûts limités, à de nouveaux besoins, les prestations nouvelles sont en particulier de plus en plus souvent sous condition de ressources. Pour parer aux déficits de couverture du système et accompagner le mouvement de développement « des droits à » (cf. travaux de Michel Borgetto), des filets de sécurité réservés aux personnes les plus démunies sont mis en place, comme le revenu minimum d'insertion en 1988 ou la couverture maladie universelle, de base et complémentaire, en 1999. Cette tendance au ciblage « sur les personnes qui en ont le plus besoin » s'accompagne d'une complexité croissante à la fois de la législation sociale et de sa mise en application², rendant, paradoxalement, l'accès aux aides plus difficile, notamment pour les plus démunis. Certaines prestations peuvent par ailleurs engendrer des processus de stigmatisation, leur bénéfice se muant en une « désignation » ou en un « statut d'assisté » (Elbaum, 2007).

C'est dans ce contexte qu'émergent, de manière croissante, l'inquiétude sur le risque de non-recours, notamment de la part des populations les plus fragiles ou inconnues jusque-là des organismes de protection sociale, et la question de l'effectivité de l'accès aux prestations sociales. Ce sont dans un premier temps les organismes sociaux et les associations caritatives qui s'emparent de ces questions. Des travaux de recherche sont menés ou impulsés par la Cnaf, avec notamment la publication en 1996 d'un numéro spécial de *Recherche et Prévisions*³ sur le non-recours (Cnaf, 1996). En 2003, une structure de recherche dédiée au phénomène, l'Odenore (voir *infra*), est créée au sein du laboratoire de sciences sociales Pacte et de l'institut d'études politiques de Grenoble. L'appropriation politique est toutefois plus tardive, surtout par contraste avec d'autres pays européens comme les Pays-Bas ou l'Angleterre. Si la question de l'accès aux droits est au cœur de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, mais plutôt au sens de l'accès aux droits fondamentaux (emploi, logement, soins, citoyenneté), le sujet spécifique du non-recours aux prestations sociales n'est porté pour la première fois par les pouvoirs publics qu'en 2012, dans le rapport du Gouvernement sur la pauvreté en France. Suit en 2013 l'annonce

¹ L'auteure remercie Hélène Revil et Antoine Rode de l'Odenore ainsi que Jean-Luc Outin pour leurs conseils avisés.

² Augmentation du nombre de paramètres entrant dans le calcul du droit, introduction de prestations différentielles, raccourcissement de la fréquence du réexamen des ressources...

³ Aujourd'hui la *Revue des politiques sociales et familiales*.

d'un ensemble de mesures de lutte contre le non-recours dans le premier plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Le rapport du Gouvernement sur la pauvreté de 2012 reprend notamment les résultats de la première grande enquête quantitative de la statistique publique abordant le non-recours : l'enquête sur le revenu de solidarité active (RSA) réalisée par la Dares en 2011. À l'appui de cette enquête, une étude de la Cnaf (Domingo et Pucci, 2012) montre l'importance du non-recours au RSA, quelques années après sa création, notamment à son volet « activité » destiné aux travailleurs pauvres. Ainsi, au dernier trimestre 2010, le taux de recours au RSA est en moyenne de 50 % : 64 % parmi les éligibles au RSA socle seul, 67 % parmi les éligibles au RSA socle et activité et seulement 32 % parmi les éligibles au RSA activité seul. Pour ce seul trimestre, le montant total non distribué en raison du non-recours est estimé à 430 millions d'euros. Ce constat est largement à l'origine de la création de la prime d'activité en 2016. Dans le domaine de la santé, les dernières estimations du non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont élevées : pour 2018, le taux de recours à la CMU-C est estimé entre 56 % et 68 % et celui à l'ACS entre 33 % et 47 % (voir fiche 6) ; l'amélioration du recours est ainsi un des objectifs de la mise en place de la complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre 2019, en remplacement de ces deux dispositifs.

Même s'il est difficile de mesurer le non-recours aux aides sociales, et c'est l'enjeu de plusieurs travaux stratégiques engagés aujourd'hui par la DREES, il semble que le phénomène soit loin d'être marginal pour de nombreuses prestations et notamment pour divers minima sociaux, prestations ciblées sur les personnes ayant les revenus les plus modestes. Plusieurs grands rapports ont dressé un état des lieux sur le non-recours aux prestations sociales en France, en particulier le rapport récent et très complet de l'Assemblée nationale (Biémouret et Costes, 2016). Aujourd'hui, la lutte contre le non-recours se hisse dans les priorités politiques. Elle est ainsi au cœur de l'engagement n° 4 de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : « *Vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité* ». Elle est en particulier l'un des motifs importants du projet de réforme du revenu universel d'activité : « *Notre système de solidarité est marqué par une très forte complexité, qui favorise le non-recours et ne permet pas un retour à l'emploi. C'est pourquoi le président de la République a annoncé, le 13 septembre 2018, la création du revenu universel d'activité.* »⁴

Pourquoi lutter contre le non-recours ?

Le rapport d'Eurofound (2015) sur le non-recours résume bien les enjeux autour de la lutte contre le non-recours (voir également Warin, 2019). En première approche, réduire le non-recours peut sembler une option politique peu attractive, susceptible d'engendrer une augmentation des dépenses publiques, qui s'oppose en plus à une focalisation des regards sur la fraude sociale. Par ailleurs, les pouvoirs publics peuvent considérer que si des personnes choisissent de ne pas recourir aux prestations auxquelles elles ont droit, cela ne relève pas de leur responsabilité. Pendant longtemps, les principes généraux fondant le service public et la citoyenneté sociale ont sans doute contribué à occulter le problème. Ils permettaient de postuler que, nul n'étant censé ignorer la loi, l'autonomie des personnes impliquait que « c'est à l'allocataire de faire valoir ses droits ».

Selon le rapport d'Eurofound, c'est une vision de court terme qui doit être mise en balance avec des enjeux de plus long terme et plus fondamentaux. En premier lieu, si des prestations ont été créées au service d'objectifs stratégiques, comme la réduction de la pauvreté, le fait que ces prestations n'atteignent pas leur cible, qu'elles n'atteignent pas en particulier leur cible la plus fragile, est un obstacle à la politique menée. Dans ce sens, la mesure du non-recours fournit une évaluation d'une politique sociale. Qui plus est, en n'agissant pas au plus tôt pour ces personnes, c'est le risque d'accroître à plus long terme le coût social de la lutte contre l'exclusion. Par exemple, en n'agissant pas contre le non-recours aux aides à l'accès aux soins, c'est le risque que la santé des personnes les plus fragiles s'aggrave et que le coût social reporté soit plus lourd. C'est d'ailleurs l'un des principaux arguments développés par les acteurs de l'Assurance maladie en France pour justifier le déploiement de leurs démarches PLANIR et PFIDASS⁵. Le rapport d'Eurofound rappelle aussi le rôle de stabilisateur automatique que jouent les

⁴ Cf. page internet consacrée à la concertation sur le revenu universel d'activité : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/rua/>.

⁵ Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures et Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé.

prestations sociales, permettant de soutenir l'économie en période de ralentissement *via* le pouvoir d'achat et la consommation.

Par ailleurs, il y a des enjeux politiques forts à l'établissement d'une « juste prestation », une prestation qui ne soit ni « versée » à tort (indus dont fraude), ni « non versée » à tort (ce qui inclut les situations de non-recours). Des enjeux de justice sociale, en premier lieu, dans un monde où les personnes les plus vulnérables sont souvent celles qui méconnaissent le plus leurs droits ou la manière de trouver leur chemin dans le système. Mais aussi des enjeux de coûts administratifs, des enjeux pour les personnes, des enjeux en matière de confiance dans les institutions. Tous ces enjeux, mis en avant dans le rapport d'Eurofound, sont très clairement exposés dans la lettre de mission du Premier Ministre à l'origine du rapport Cloarec-Le Nabour et Damon (2018). Cette lettre part du constat de la très grande complexité de notre système de solidarité, qui s'explique par l'histoire et la volonté de s'adapter à la pluralité de situations, qui sont aussi marquées par leur instabilité. Cette complexité, et la difficulté qu'elle entraîne pour que les personnes maîtrisent leurs droits et la manière d'y accéder, est source de non-recours. Mais pas uniquement. Elle est source de coûts administratifs face à la lourdeur des dossiers à traiter dont certains ne mèneront à aucun droit. Elle est source d'erreurs et d'indus, pas forcément frauduleux, qui pourront mettre des personnes en difficulté lorsqu'elles seront conduites à les rembourser. Elle implique de multiplier les procédures de contrôle pour vérifier l'adéquation permanente entre les règles et les situations. Elle est source de méfiance, également, de la part des citoyens, par rapport à l'efficacité de notre système de solidarité et, plus largement, de nos institutions.

En tous les cas, même si les statistiques sur l'ampleur du non-recours sont, par nature, difficiles à établir, beaucoup de Français pensent que ce phénomène est répandu dans notre pays. Ainsi, en 2018, selon le Baromètre d'opinion de la DREES, 69 % des Français pensent que « beaucoup de personnes ne bénéficient pas des droits ou allocations auxquelles elles peuvent prétendre » (et même 74 % parmi les Français qui se positionnent clairement par rapport à cette affirmation, c'est-à-dire en excluant ceux qui répondent « ne sait pas » ; voir *fiche 1*). Parallèlement, 66 % des Français pensent que « beaucoup de personnes perçoivent des allocations alors qu'elles n'y ont pas droit ».

Au niveau européen, la France fait partie des pays où ces types d'opinion sont parmi les plus répandus. Selon l'enquête sociale européenne (ESS) de 2016, elle se situe trois points au-dessus de la moyenne européenne pour l'opinion sur le non-recours, loin derrière le Portugal, l'Espagne et l'Italie et un peu au-dessous de la Pologne. Pour les indus, elle se situe neuf points au-dessus de la moyenne européenne et n'est devancée que par l'Italie et la Pologne. À l'opposé, ces deux types d'opinion sont le moins répandus en Norvège, en Suède et aux Pays-Bas⁶.

Des quatre axes de la lutte contre le non-recours à la stratégie française

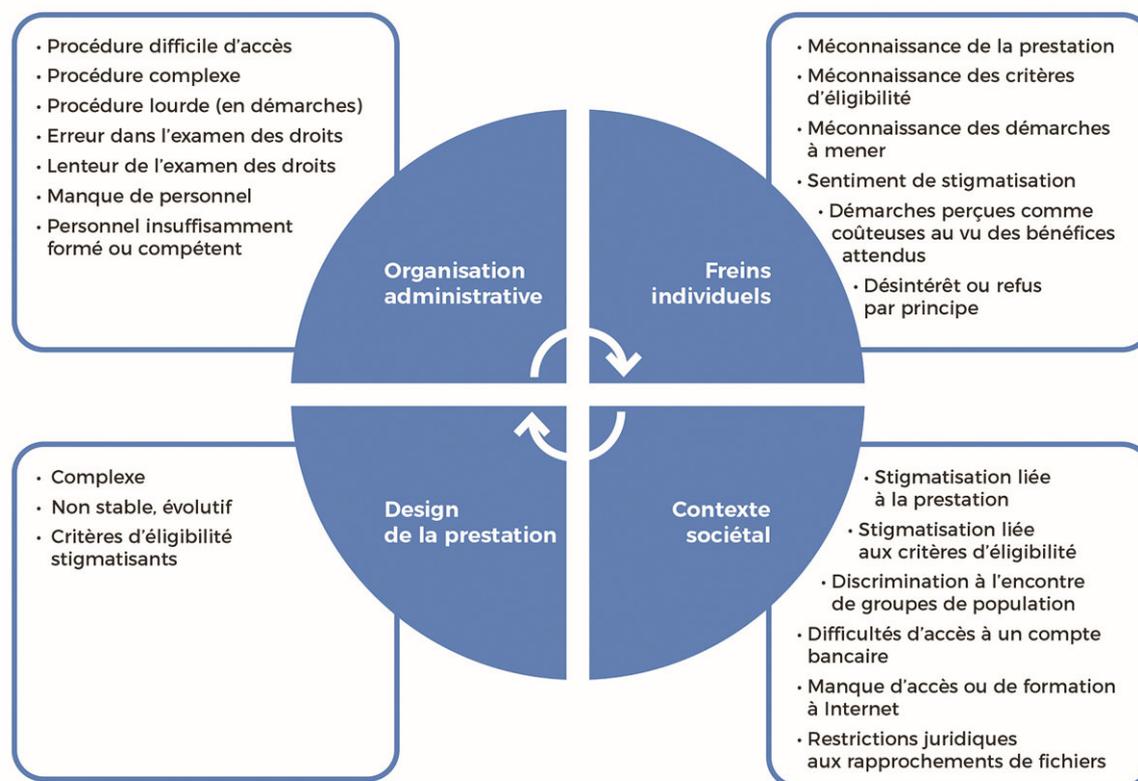
Les travaux français et internationaux mettent en avant la multiplicité des causes de non-recours, certaines pouvant être communes à de nombreuses prestations et certaines pouvant être très spécifiques. Au niveau européen, le rapport Eurofound (2015) a exploré les résultats des rares grandes études représentatives menées par seize États membres sur diverses prestations sociales (dont celle sur le RSA menée par la France). En ce qui concerne les causes communes, dans toutes les études, le non-recours au sein des populations les plus vulnérables s'explique le plus souvent par le manque d'information (ne pas connaître l'existence d'une prestation ou ne pas bien appréhender les critères à remplir pour y être éligible ou les démarches à mener pour en bénéficier), le coût et la complexité d'accès (appréhender ou être découragé par la complexité des démarches, ou manquer de ressources telles que le temps, la capacité de trouver son chemin dans le système ou la capacité de se déplacer jusqu'au guichet d'accueil) ou les barrières sociales (la stigmatisation ou la crainte d'être stigmatisé - parfois liées aux conditions attachées à la prestation ou à la procédure administrative -, la fierté ou le manque de confiance dans les institutions). En ce qui concerne les causes spécifiques à telle ou telle prestation, on peut citer par exemple l'image associée à certaines aides ou les démarches plus ou moins lourdes ou contraignantes qu'elles supposent pour y recourir. *Via* l'expérience, on sait ainsi, en France, qu'un motif spécifique de non-demande de l'allocation de soli-

⁶ Dans l'enquête ESS, les propositions sur lesquelles les personnes sont invitées à exprimer leur opinion pour leur pays sont « Beaucoup de personnes aux très bas revenus reçoivent moins d'aides sociales que ce à quoi elles ont droit légalement » et « Beaucoup de personnes parviennent à obtenir des aides sociales auxquelles elles n'ont pas droit ». Pour la première proposition, qui est plus ciblée que dans le Baromètre d'opinion de la DREES, le taux moyen de personnes en accord avec la proposition est de 53 % pour l'ensemble des 23 pays répondants et de 56 % en France. Pour la seconde proposition, les taux sont respectivement de 60 % et 69 %.

darité aux personnes âgées (ASPA) est la crainte de la récupération sur succession, ou encore qu'un motif spécifique de non-demande de l'allocation de soutien familial (ASF) recouvrable, peut être, dans certains cas particuliers, la réticence à engager un recours contre son ex-conjoint.

Ainsi, pour lutter contre le non-recours, le rapport d'Eurofound propose d'avoir une stratégie combinée agissant sur quatre axes : le *design* de la prestation, l'organisation administrative, les freins individuels et le contexte sociétal. Les travaux de recherche menés par Van Oorschot (1995), largement considérés comme faisant référence, montrent en effet qu'il existe des facteurs de risque de non-recours à ces quatre niveaux et qu'il existe clairement des interactions entre ces facteurs. Le schéma proposé dans le rapport d'Eurofound à l'appui de ces travaux (cf. figure 2) donne un très bon résumé des différents leviers d'action et met bien en avant l'importance d'en actionner certains simultanément et, notamment, de ne pas se focaliser sur les freins individuels (du côté des bénéficiaires potentiels).

Figure 2 : Des risques de non-recours à quatre niveaux



Sources : Eurofound, building on Van Oorschot (1995)

En France, beaucoup d'actions simultanées ont été mises en place ces dernières années. Le rapport de l'Assemblée nationale (Biémouret et Costes, 2016) en dresse un panorama détaillé assez récent. Parmi les principales, on citera en particulier :

- l'engagement dans la voie du numérique (pour rendre l'information sur les prestations plus accessible, *via* par exemple des portails du type service-public.fr ou l'accès à des simulateurs de droits, et pour faciliter les démarches administratives, tout ou partie de nombreuses démarches pouvant désormais être géré *via* Internet),
- la mise en place de guichets uniques (pour un accompagnement plus global des personnes dans le « maquis » des aides sociales et services gestionnaires, afin de faire le point sur leurs droits, de les orienter dans les démarches, de leur fournir des explications personnalisées leur donnant la confiance nécessaire pour les entreprendre, voire de les mettre en lien avec tel ou tel organisme, tel ou tel agent),
- l'exploration du potentiel offert par les données administratives (pour contrôler ou détecter l'éligibilité et simplifier les formulaires de déclaration).

On dispose de certains éléments d'évaluation sur ces trois grandes actions (cf. ci-dessous). Il existe par ailleurs deux vagues de fond tendant à faire évoluer la manière de concevoir les politiques publiques qui s'inscrivent dans les axes de lutte contre le non-recours : la participation des usagers et des agents gestionnaires des prestations à la conception et à l'évaluation des politiques publiques et l'import des enseignements des sciences comportementales dans la conception des politiques publiques⁷.

Parallèlement, à nouveau, des réflexions ont été menées autour de la simplification du système des prestations sociales et notamment des minima sociaux. À nouveau, car ce débat a déjà été posé à plusieurs reprises au cours des dernières décennies et a conduit à de nombreux rapports. Mais si les différents enjeux de la simplification sont partagés (lisibilité du système pour tous, équité, pilotage, gestion...), la solution pour y parvenir n'apparaît, elle, pas simple. La création du RSA avait déjà été un pas pour fusionner revenu minimum d'insertion et allocation de parent isolé. Celle de la prime d'activité a été un autre pas pour fusionner RSA activité et prime pour l'emploi. De nouveaux scénarios de fusion ont été proposés dans le rapport Sirugue (2016), puis dans le cadre des travaux confiés à Fabrice Lengart autour d'une allocation de solidarité unique. Le rapport Cloarec-Le Nabour et Damon (2018) alimente également cette réflexion en analysant plusieurs voies ou étapes intermédiaires de simplification : l'idée d'un régime unique internalisant la complexité des différents barèmes et externalisant la simplicité⁸, celle d'un gestionnaire unique, celle d'une harmonisation des bases ressources, celle d'un versement unique, celle d'une homogénéisation des droits connexes... Toutes ces questions restent largement ouvertes. Deux autres débats apparaissent ces dernières années, évoqués également dans le rapport Cloarec-Le Nabour et Damon (2018). D'une part, celui de la temporalité des aides : doit-on privilégier la réactivité ou la stabilité des aides (et la capacité des personnes à en anticiper le montant) ? D'autre part, celui de passer de prestations quérables (*i.e.* qu'il faut demander) à des prestations automatiques. Tous ces débats restent d'actualité dans le cadre de la concertation nationale autour du revenu universel d'activité (RUA).

Pour l'avenir, l'engagement n° 4 de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté indique les grandes orientations retenues : la généralisation des accueils sociaux uniques, la poursuite de l'engagement dans la voie du numérique, menée de concert avec un meilleur accompagnement humain à l'usage du numérique, et la simplification de l'architecture des prestations *via* le RUA⁹.

Mesurer, décrire et évaluer pour éclairer et accompagner la stratégie française

Bien entendu, pour être efficace, la lutte contre le non-recours doit pouvoir s'appuyer sur des constats solides sur l'ampleur et les causes du non-recours et être accompagnée d'une évaluation des grandes actions nationales. L'Odenore contribue fortement à améliorer et à diffuser la connaissance sur le phénomène en France *via* son site¹⁰, mais aussi par sa contribution à la formation de professionnels du social et de la santé et son implication dans différents cursus universitaires. On lui doit en particulier une définition du non-recours (reprise en introduction de l'article) et une typologie explicative¹¹ qui font très largement référence (Warin, 2016). Il n'en reste pas moins essentiel de pouvoir disposer d'éclairages quantitatifs robustes pour guider l'action publique. Cependant, le phénomène du non-recours est un véritable défi pour la statistique publique (c'est le cas dans tous les pays). En effet, il est très compliqué de mobiliser l'ensemble des informations permettant de cerner la population éligible à une aide, encore plus quand cette éligibilité fait intervenir une évaluation des besoins (liés à un handicap, à des problèmes de santé...). Du fait de la complexité de la mesure du non-recours, les statistiques « représentatives » disponibles

⁷ Voir par exemple la promotion des outils de « *nudge* » par la direction interministérielle de la transformation publique pour améliorer l'efficacité des politiques publiques : <https://www.modernisation.gouv.fr/nos-actions/les-sciences-comportementales>.

⁸ « *Le recours accru à des applications numériques toujours plus puissantes doit permettre de gommer la complexité que subit aujourd'hui l'utilisateur dans le traitement de son dossier. À l'inverse, elle doit permettre de la simplicité avec intégration des fonctionnalités dans un portail unique* » (Cloarec-Le Nabour et Damon, 2018).

⁹ Mais aussi : la fusion CMU-C/ACS en complémentaire santé solidaire ; le renouvellement automatiquement de la CMU-C pour les allocataires du RSA ; la formation des travailleurs sociaux ; la mobilisation des territoires (« territoires zéro non-recours »).

¹⁰ [odnere.msh-alpes.fr](https://www.odnere.msh-alpes.fr).

¹¹ La typologie a été élaborée à l'appui en particulier d'enquêtes qualitatives auprès de personnes concernées par le non-recours dans le champ social et de la santé. Elle met en avant quatre principales formes de non-recours : la non-connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue ; la non-demande, lorsqu'elle est connue mais pas demandée ; la non-réception, lorsqu'elle est connue et demandée mais pas obtenue ; la non-proposition, lorsque l'offre n'est pas activée par les agents prestataires malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre (Warin, 2016).

sont ainsi très rares, et relativement fragiles¹². Si de nombreux chiffres existent sur le sujet et circulent dans le débat public, beaucoup reposent en fait sur des analyses menées auprès de populations très restreintes et ne peuvent pas être extrapolés. C'est le cas par exemple des chiffres diffusés par les associations sur leurs propres publics.

Malgré tout, la statistique publique se mobilise fortement pour essayer de progresser dans la connaissance sur le non-recours. Ce *Dossier de la DREES* rassemble les constats « représentatifs » connus à ce jour (voir *fiches 3 à 7*). C'est un point de départ, car plusieurs chantiers sont en cours (voir *fiche 2*). En particulier, grâce au financement apporté par la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, la DREES, en collaboration avec la Cnaf, l'Insee et l'université Paris-Est Créteil, lance un grand chantier de recherche visant à élaborer, à l'horizon 2021, des indicateurs annuels de mesure du non-recours aux principales prestations sociales. Des potentialités émergent, par ailleurs, via la construction de nouvelles bases de données administratives.

Il est important, également, que puisse être évaluée l'efficacité des grandes actions nationales de lutte contre le non-recours, ceci afin de pouvoir corriger, éventuellement, les orientations retenues. Ainsi, autant il est reconnu que la dématérialisation des services publics peut constituer un puissant levier d'action pour faciliter l'accès de la population aux aides auxquelles elle a droit, autant des risques existent qu'elle en complexifie l'accès pour certains publics, selon les modalités de mise en place de cette dématérialisation. Le Défenseur des droits (2017) a réalisé une enquête sur l'accès aux droits avec un volet consacré aux relations des usagers avec les services publics. Sur 5 000 personnes interrogées, 9 % déclarent ne pas avoir accès à Internet et 18 % y avoir accès mais avoir des difficultés à trouver une information administrative en ligne ; ce sont ces dernières qui expriment, globalement, le plus de difficultés dans les démarches administratives. Le Défenseur des droits (2019) a consacré un rapport spécifique sur le sujet de la dématérialisation des services publics, sur la base de l'analyse des saisines qui lui ont été adressées, ainsi que d'une série d'entretiens auprès d'acteurs porteurs de réformes de dématérialisation, d'associations accompagnant les usagers dans les démarches administratives, d'associations d'élus et de services ministériels. Le rapport conclut sur un ensemble de recommandations, dont la première est de toujours conserver plusieurs modalités d'accès aux services publics.

On dispose aussi d'éléments d'évaluation sur deux dispositifs nationaux mis en place par la Cnaf pour lutter contre le non-recours : un dispositif de guichet unique, le « rendez-vous des droits », dont une expérience d'élargissement a fait l'objet d'une évaluation scientifique, et un dispositif de détection d'un risque de non-recours, le « *data mining* », visant à cibler les démarches proactives pour aller au-devant des personnes qui pourraient passer à côté de certains de leurs droits.

Ainsi, depuis 2014, les CAF proposent à leurs allocataires les plus vulnérables un entretien personnalisé, appelé « rendez-vous des droits », pour faire le point sur un grand nombre de droits sociaux, gérés ou non par les CAF. Une enquête a été réalisée en 2016 auprès de 5 000 bénéficiaires de ces rendez-vous qui apporte des premiers éléments d'appréciation sur le dispositif (Courrelongue et Thomas, 2017 ; Castell et Perron-Bailly, 2018). En 2014, la DREES et ses partenaires, la DGCS, la DSS, la Cnaf, Pôle Emploi et PSE-École d'économie de Paris, ont remporté un appel à projet de la Commission européenne pour expérimenter une extension de ce rendez-vous (Antunez *et al.*, 2020). Il y avait deux enjeux : celui de tester la piste d'ouvrir ces rendez-vous à des publics inconnus des CAF, mais, surtout, à travers cette expérimentation, de pouvoir réaliser une évaluation scientifique rigoureuse de ce type de démarche proactive dans la logique du guichet unique : une évaluation comparant statistiquement une population « test » et une population « témoin », entre ceux qui ont été invités au rendez-vous ou non et, au sein de ceux qui ont été invités, selon la manière dont ils l'ont été et selon qu'ils y ont participé effectivement ou non. Réalisée fin 2017, l'expérimentation conduit à des résultats très positifs quant à l'efficacité de la démarche. Elle apporte par ailleurs des enseignements importants sur les modalités de mise en œuvre (voir *fiche 7*).

Depuis 2017, enfin, la Cnaf travaille sur une méthode de repérage du non-recours au sein de ses allocataires en mobilisant des méthodes de *data mining*. Le principe est d'établir un score de « risque de non-recours » afin de pouvoir cibler au mieux les démarches proactives vis-à-vis des allocataires, pour vérifier avec eux qu'ils bénéficient bien de tous leurs droits. Initialement, une telle méthode a été mobilisée dans le cadre de la lutte contre les indus, afin de cibler les contrôles. Les travaux méthodologiques en la matière ont démarré en 2004, pour déboucher dès 2011 sur la création et la mise en production d'un premier modèle national. En ce qui concerne le non-recours, une

¹² Voir également le bilan récent des difficultés méthodologiques posées par la mesure du non-recours et des évaluations disponibles qui a été réalisé par la DREES pour la concertation sur le revenu universel d'activité : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/9_-_fiche_consultats_no2.pdf.

étude réalisée en 2018 a permis de constituer la « base d'apprentissage » nécessaire à la modélisation. Selon cette étude préliminaire, la Cnaf estime qu'entre 7,5 % et 8,2 % des allocataires de la branche Famille ne recourraient pas à tous leurs droits. Elle faisait suite à une expérience sur la Gironde qui avait permis de valider l'intérêt de la démarche. En 2019, le premier modèle national, centré sur la prime d'activité, a été mis en production.

Pour en savoir plus

Rapport du Gouvernement sur la pauvreté en France, décembre 2012.

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000654.pdf>

Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, janvier 2013.

https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_pluriannuel_contre_la_pauvrete_et_pour_l_inclusion_sociale.pdf

Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, octobre 2018.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_pauvrete_vfhd.pdf

Fiche Constats n°2 pour la concertation autour de la réforme du revenu universel d'activité.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/9_-_fiche_constats_no2.pdf

Barlet M., Gaini M., Gonzalez L. et Legal R. (sous la direction de), « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 », *Panoramas de la DREES*, avril 2019.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2019>

Biémouret G. et Costes J.-L., rapport d'information du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux, octobre 2016.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4158.pdf>

Antunez K., Castell L., Perron-Bailly E., « Les rendez-vous des droits des Caf : quels effets sur le non-recours ? Enseignements de l'expérimentation des « rendez-vous des droits élargis » », *Les dossiers de la DREES* n° 47, janvier 2020.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd47.pdf>

Castell L. et Perron-Bailly É., « Lutte contre le non-recours : 63 % des personnes pouvant bénéficier d'une prestation sociale y accèdent après un rendez-vous des droits », *Études et Résultats* n° 1058, DREES, avril 2018.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1058.pdf

Cloarec-Le Nabour C. et Damon J., « La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés », rapport au Premier ministre, septembre 2018.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/09/rapport_de_christine_cloarec-le_nabour_et_julien_damon_sur_la_juste_prestation.pdf

Cnaf, « Accès aux droits. Non-recours aux prestations. Complexité », *Recherches et Prévisions* n° 43, mars 1996.

<http://www.caf.fr/presse-institutionnel/recherche-et-statistiques/publications/revue-des-politiques-sociales-et-familiales/recherches-et-previsions-ndeq-43>

Courrelongue É. et Thomas V., « Le rendez-vous des droits des caisses d'Allocations familiales », *l'essentiel* n° 168, Cnaf, janvier 2017.

<http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/essentiel%20-%20RDV%20droits.pdf>

Défenseur des droits, « Enquête sur l'accès aux droits Volume 2 - Relations des usagers et usagères avec les services publics : le risque du non-recours », mars 2017.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-relations-usagers-servpublics-v6-29.03.17_0.pdf

Défenseur des droits, « Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics », janvier 2019.

<https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-demat-num-21.12.18.pdf>

Domingo P. et Pucci M., 2012, « Les non-recourants au RSA », *l'essentiel* n° 124, Cnaf, juillet 2012.

https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/124_essentiel_-_non-recours_rsa.pdf

Elbaum « Protection sociale et solidarité en France. Évolutions et questions d'avenir », *Revue de l'OFCE* n° 102, été 2007.

<https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/22-102.pdf>

Eurofound, « Access to social benefits: Reducing non-take-up », septembre 2015.

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2015/social-policies/access-to-social-benefits-reducing-non-take-up>

Lecanu C., « Compte provisoire de la protection sociale : le retour à l'excédent de 2017 s'amplifie en 2018 », *Études et Résultats* n°1131, DREES, octobre 2019.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1131.pdf>

Sirugue C., « Repenser les minima sociaux - Vers une couverture socle commune », rapport au Premier ministre, avril 2016.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2016/04/18.04.2016_rapport_de_chris-tophe_sirugue_-_repenser_les_minima_sociaux_-_vers_une_couverture_socle_commune.pdf

Van Oorschot, W., *Realizing rights: Multilevel approach to non-take-up of means-tested benefits*, Avebury, London, 1995.

Warin P., « Le non-recours : définitions et typologies », *Working Paper* n° 1, Odenore, version actualisée, décembre 2016.

<https://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp1.pdf>

Warin P. (sous la direction de), *Agir contre le non-recours aux droits sociaux. Scènes et enjeux politiques*, collection Libres Cours Politique, Presse universitaires de Grenoble, octobre 2019.

■ FICHE 1 - OPINION DES FRANÇAIS SUR LE NON-RECOURS ET CONNAISSANCE DES PRESTATIONS

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES, près des trois quarts des Français considèrent que beaucoup de personnes n'ont pas recours aux droits auxquels ils peuvent prétendre. Pour près d'un sur deux, le principal motif est le manque d'information. Le niveau de connaissance qu'ont les Français est très variable d'une prestation à l'autre. Il est supérieur à la moyenne pour les personnes potentiellement bénéficiaires de la prestation.

Près des trois quarts des Français considèrent qu'il existe du non-recours aux droits ou aux allocations

En 2018, selon le Baromètre d'opinion de la DREES (encadré 1), 74 % des personnes âgées de 18 ans ou plus et résidant en France métropolitaine pensent que « beaucoup de personnes ne bénéficient pas des droits ou allocations auxquelles elles peuvent prétendre »¹³ ; un chiffre élevé mais en recul de 6 points par rapport à 2016. Quelle que soit la catégorie de la population interrogée, c'est toujours une opinion majoritaire, qui varie très peu selon le sexe, l'âge ou le niveau de diplôme. Cette opinion est toutefois encore plus répandue parmi les ouvriers, les habitants des communes rurales et les personnes ayant les revenus les plus faibles et celles ayant perçu des allocations chômage au cours de l'année. Parmi les 20 % des ménages les plus modestes, 81 % considèrent que beaucoup de personnes ne bénéficient pas des droits auxquels elles peuvent prétendre, contre 65 % des personnes les plus aisées. Par ailleurs, en 2018 toujours, sept personnes sur dix jugent que beaucoup de personnes perçoivent des allocations alors qu'elles n'y ont pas droit (-4 points par rapport à 2016).

L'opinion des Français sur les raisons du non-recours

Sur huit raisons principales proposées pour expliquer que certaines personnes se retrouvent dans des situations de non-recours, deux sont plus fréquemment citées¹⁴. La première est liée à un manque d'information et la seconde à la lourdeur administrative : ainsi, 44 % estiment que c'est par « *manque d'information sur les aides, ou sur les organismes à qui s'adresser* » et 25% que « *les démarches à faire sont trop complexes et trop longues* » (graphique).

En outre, 19 % des Français expliquent le non-recours par des raisons qui relèvent d'une volonté d'autonomie : soit parce que les personnes préféreraient s'en sortir par elles-mêmes (7 %), soit par un refus de dépendre de l'aide sociale et d'être considérées comme « assistées » (7 %), soit pour ne pas avoir à rendre des comptes ou faire l'objet de contrôle (5 %).

¹³ La question posée annuellement dans le Baromètre d'opinion depuis 2016 est : « Il existe, dans notre pays, un certain nombre de droits, de services et d'allocations pour aider les citoyens à faire face aux différents risques sociaux : handicap, dépendance, vieillesse, chômage, maladie, précarité, exclusion, etc. Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord ou plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les affirmations suivantes ? »

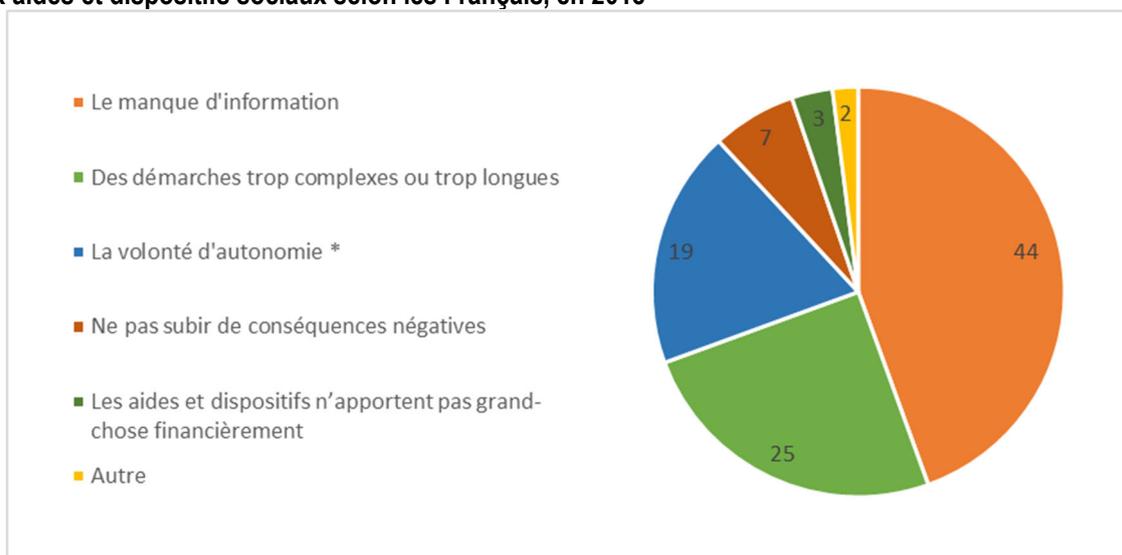
_1 Beaucoup de personnes ne bénéficient pas des droits ou allocations auxquelles elles peuvent prétendre.

_2 Beaucoup de personnes perçoivent des allocations alors qu'elles n'y ont pas droit.

¹⁴ La question posée dans le Baromètre de la DREES est : « Pour quelle raison principale pensez-vous que certaines personnes ne bénéficient pas d'allocations, droits, aides ou tarifs sociaux auxquels elles peuvent prétendre ? ». Les personnes interrogées devaient choisir une seule réponse parmi huit possibilités (ou ne choisir aucune réponse) : 1. Par manque d'information sur les aides, ou sur les organismes à qui s'adresser ; 2. Parce que les démarches à faire sont trop complexes et trop longues ; 3. Parce qu'elles préfèrent s'en sortir par elles-mêmes ; 4. Parce qu'elles refusent de dépendre de l'aide sociale et d'être considérées comme des assistées ; 5. Pour ne pas avoir à rendre des comptes, à faire l'objet de contrôle ; 6. Pour ne pas subir des conséquences négatives (perte d'autres droits, obligation de payer des impôts, problèmes administratifs, etc.) ; 7. Parce que ces aides n'apportent pas grand-chose financièrement ; 8. Autre.

Ces données sur l'opinion des Français sur le non-recours et ses motifs permettent d'approcher le contexte dans lequel s'inscrivent les freins individuels conduisant au non-recours.

Graphique • Raisons principales pouvant expliquer que certaines personnes n'ont pas recours aux aides et dispositifs sociaux selon les Français, en 2018



Lecture > 44 % des Français estiment que la raison principale du non-recours est le « manque d'information sur les aides, ou sur les organismes auxquels s'adresser ».

* La volonté d'autonomie regroupe les raisons suivantes : le souhait de s'en sortir soi-même, le refus de dépendre de l'aide sociale et d'être considéré comme un assisté et la volonté de ne pas rendre des comptes ou faire l'objet de contrôle.

Champ > Personnes résidant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion 2018.

Les connaissances des Français sur les prestations

Le manque d'information cité comme premier motif du non-recours par les Français rejoint la question de la connaissance ou de la méconnaissance des prestations existantes et de leur condition d'attribution. Le Baromètre d'opinion de la DREES permet d'apprécier le niveau de connaissance des prestations sociales¹⁵, qui tient sans doute en partie à leur ancienneté et à l'ampleur de la population concernée.

Ainsi, en 2018, la très grande majorité des Français, soit au moins neuf sur dix, ont « entendu parler » des allocations familiales, du revenu de solidarité active (RSA), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou des allocations logement ; cette proportion est stable depuis 2014. Très souvent, les Français déclarent savoir qui peut bénéficier de ces prestations, toutefois cette connaissance des personnes éligibles peut être approximative. Quelle que soit l'allocation considérée, la part des personnes sachant « assez précisément » qui peut y prétendre a sensiblement baissé entre 2014 et 2018. Concernant le RSA, la CMU-C et les allocations logement, cette part a baissé de 10 points entre 2014 et 2018. Elle est, par exemple, passée de 57 % à 46 % pour les allocations logement durant cette période où ces allocations ont connu de nombreuses réformes.

Quant aux allocations familiales, 71 % des Français avaient une connaissance « assez précise » en 2014 des personnes qui pouvaient bénéficier de cette prestation ancienne et universelle. Cette part a sensiblement baissé, et s'établit à 54 % en 2018 : la modulation des montants versés en fonction du revenu, intervenue en 2015, a sans doute contribué à rendre cette prestation plus complexe aux yeux des Français.

Un peu plus de sept personnes sur dix connaissent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et six personnes sur dix le minimum vieillesse – allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). D'autres prestations sont moins connues : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide médicale d'État (AME), l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS ou « chèque-santé »¹⁶) : quatre Français sur dix au plus en ont entendu parler. En particulier, le niveau de connaissance de l'ACS est proche de celui de l'AME (respectivement 30 % et 33 %) alors que la première concerne quatre fois plus de bénéficiaires que la seconde.

¹⁵ Les questions dans le Baromètre d'opinion sur la connaissance des prestations sont posées depuis 2014 et uniquement les années paires.

¹⁶ L'ACS et la CMU-C ont été remplacées en novembre 2019 par la complémentaire santé solidaire (CSS).

Ce n'est pas le public qu'elles visent qui connaît systématiquement mieux les prestations. Ainsi, les personnes dont la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de diplôme sont les plus élevés (cadres, professions libérales et professions intermédiaires) déclarent plus souvent que les autres connaître l'AME, alors qu'elles ne font pas partie des publics ciblés. De même, le minimum vieillesse est mieux connu des populations ayant un niveau de vie élevé que des plus modestes.

Toutefois le public ciblé par les aides se dit plutôt mieux informé que l'ensemble de la population. Les bénéficiaires d'une allocation déclarent bien plus souvent connaître assez précisément les personnes à qui elle s'adresse que ceux qui ne la perçoivent pas. En 2018, c'est vrai par exemple pour le RSA (75 % contre 41 %) ou les allocations logement (64 % contre 41 %). En outre, les 20% de ménages les plus modestes déclarent plus souvent être informés « assez précisément » des prestations les ciblant directement telles que le RSA, la CMU-C ou les allocations logement.

Encadré 1 • Le Baromètre d'opinion de la DREES

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête de suivi de l'opinion sur la santé, la protection sociale, les inégalités et la cohésion sociale. Pilotée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est effectuée en face à face auprès d'un échantillon d'environ 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgée de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas : par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération.

Le taux d'enquêtés qui ne se prononcent pas, inférieur à 2 % pour la quasi-totalité des questions depuis 2009, a significativement augmenté en 2018 pour une série d'indicateurs, possiblement en raison d'un changement du réseau d'enquêteurs. Les résultats présentés ici ne prennent pas en compte les personnes qui ne se prononcent pas mais une indication est apportée dans les notes des illustrations si cette part dépasse 2 % des enquêtés.

Pour des raisons de commodité, les personnes interrogées dans le cadre de ce Baromètre (résidents en France métropolitaine âgés de 18 ans ou plus) sont désignées ici par le terme « Français ».

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

Les réponses à une enquête d'opinion sont particulièrement sensibles à la formulation des questions et à leur place dans le questionnaire. Du fait de l'ancienneté et de la stabilité du questionnaire du Baromètre, ses différentes éditions permettent néanmoins des comparaisons entre catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) et dans le temps. Toutefois, compte tenu de la taille de l'échantillon, de faibles variations peuvent ne refléter que des imperfections de mesure.

Pour en savoir plus

Fiche « L'opinion des Français sur la pauvreté et l'exclusion » du Panorama de la DREES « Minima sociaux et prestations sociales » dans Cabannes P.Y., Richet-Mastain L. (sous la direction de), « Minima sociaux et prestations sociales - édition 2019 », *Panoramas de la DREES*, septembre 2019.

Papuchon A., « Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? », *Études et Résultats* n° 954, mars 2016.

■ FICHE 2 - LES MÉTHODES DE MESURE DU NON-RECOURS AUX PRESTATIONS SOCIALES EN FRANCE

Du fait de la complexité de la mesure du non-recours aux prestations sociales, et notamment de l'éligibilité, les statistiques représentatives disponibles sont très rares. Si de nombreux chiffres existent sur le sujet et circulent dans le débat public, beaucoup reposent en fait sur des analyses menées auprès de populations très restreintes et ne peuvent pas être extrapolés. C'est, de fait, un véritable défi pour la statistique publique de trouver des solutions pour dépasser cette complexité liée au manque d'information.

Différentes méthodes possibles pour estimer le non-recours

Les méthodes existant actuellement en France pour fournir une mesure nationale du non-recours peuvent être regroupées autour de deux principales approches : la mise en œuvre d'une enquête spécifique et la comparaison d'une population éligible évaluée par microsimulation avec les données existantes (généralement administratives) sur les bénéficiaires.

Mesure par une enquête spécifique

Le principe est de cibler, grâce à des données administratives, une population susceptible d'être éligible à une prestation, puis de l'interroger pour récupérer les informations nécessaires à la reconstitution des critères d'éligibilité et, enfin, de comparer cette éligibilité reconstituée au recours déclaré par la personne interrogée dans l'enquête. Cette méthode par enquête spécifique a été utilisée par la Dares pour mesurer le non-recours au RSA en 2010 en interrogeant 15 000 ménages à bas revenus (voir l'encadré 1). Elle donne une mesure assez fiable du non-recours et fournit en outre des éléments d'explication. Cependant, elle est particulièrement coûteuse et ne peut être réalisée que de manière ponctuelle. Par ailleurs, la mesure est dépendante du ciblage de l'échantillon, de la précision des déclarations des enquêtés (notamment en termes de revenus) et de la simplification des critères retenus pour définir l'éligibilité à partir des données d'enquête. Ces limites conduisent à une marge d'erreur non négligeable ; ainsi 11 % des personnes déclarant bénéficier du RSA ne sont pas « simulées » comme étant éligibles.

Encadré 1 • Estimation du non-recours au RSA socle et activité avec l'enquête Dares de 2010-2011

Présentation de l'enquête

Dans le cadre des travaux du comité d'évaluation du RSA, la Dares a réalisé une enquête auprès de personnes à revenus modestes. L'enquête visait trois objectifs :

- (i) évaluer les impacts du RSA sur le marché du travail pour les bénéficiaires du RSA activité ;
- (ii) décrire la situation des bénéficiaires du RSA sur le marché du travail, l'accompagnement dont ils ont bénéficié, les droits connexes qu'ils mobilisent, leur connaissance du dispositif du RSA, les conditions de vie et la pauvreté ressentie par les membres des foyers repérés comme éligibles au RSA ;
- (iii) étudier et quantifier le phénomène de non-recours, c'est-à-dire le fait que certaines personnes éligibles au RSA ne le perçoivent pas.

L'enquête s'est déroulée en deux phases. La première a été réalisée fin 2010, au téléphone, auprès de 15 000 foyers sélectionnés à partir de leur déclaration fiscale (de revenus et de taxe d'habitation) comme ayant des revenus faibles en 2008. La seconde, en face-à-face, a été menée début 2011 auprès de 3 300 personnes tirées parmi les répondants de la première phase repérés comme éligibles au RSA (bénéficiaires ou éligibles mais non recourant). Cette seconde enquête, réalisée en 2011, vise à comprendre les déterminants du non-recours, en confrontant l'éligibilité constatée au RSA et le recours effectif ou non de la personne interrogée.

La mesure du non-recours et ses déterminants

Les taux de non-recours issus de ce travail sont présentés de façon agrégée et distingués par type d'éligibilité : RSA socle seul, RSA socle et activité ou RSA activité seul. Au dernier trimestre 2010, ces taux de non-recours sont de 36 % des personnes potentiellement concernées pour le RSA socle seul, 33 % pour le RSA socle et activité et 68 % pour le RSA activité seul. Tous types d'éligibilité confondus, ce sont ainsi 50 % des éligibles au RSA (socle et/ou activité) qui ne recourraient pas à la prestation. Le montant des droits des non-recourants est moins important que les droits effectivement versés aux bénéficiaires, que ce soit pour le RSA socle (408 € contre 439 €) ou pour le RSA activité (134 € contre 160 €). Cela induit des taux de non-recours en masses versées moins importants : ils sont de 34 % pour le RSA socle seul, 32 % pour le RSA socle et activité et 64 % pour le RSA activité seul, soit un montant total non distribué de l'ordre de 430 millions d'euros pour le dernier trimestre 2010.

La méthode utilisée permet de mettre en évidence des déterminants du non-recours au RSA en 2011 :

- Le non-recours est plus fréquent pour les ménages sans enfant.
- Le non-recours est corrélé à la fois au caractère récent de l'éligibilité et au fait que la durée d'éligibilité soit courte.
- Le non-recours est plus fréquent parmi les familles dont les conditions de vie sont relativement moins dégradées, à la fois parce que l'intérêt financier décroît avec les ressources du ménage et aussi parce que ces ménages ont le sentiment d'avoir moins besoin d'aide que les autres.
- Seuls 11 % des non-recourants ne connaissaient pas l'existence de la prestation, beaucoup ne recourant pas parce qu'ils croient à tort ne pas pouvoir en bénéficier (48 %), parce qu'ils estiment ne pas en avoir besoin pour s'en sortir, et/ou parce qu'ils estiment les démarches trop compliquées.

Limites de la méthode

La méthode souffre cependant de quelques limites, notamment du fait de la difficulté de resimuler les droits au RSA des 13 000 personnes de la première enquête : l'essentiel de la difficulté de mesurer le non-recours au RSA par enquête réside en effet dans le repérage des personnes éligibles à la prestation. Du fait de ces difficultés techniques, certains dispositifs comme la neutralisation ou le cumul intégral ne sont pas pris en compte. Cela conduit à des résultats parfois étonnants, comme le fait que 524 foyers (11 % des bénéficiaires) déclarent être bénéficiaires alors qu'ils ne sont pas « simulés » comme éligibles. Cela semble indiquer que tous les éligibles n'ont pas été repérés et que le recours mesuré est potentiellement biaisé. Ces foyers sont ainsi exclus de l'analyse, ce qui peut fausser le résultat présenté dans le cas où leur comportement de recours serait différent de celui des foyers éligibles repérés par l'enquête. Dans l'annexe 1 du rapport final du comité national d'évaluation du RSA, la Cnaf présente différents taux de recours selon que l'on prenne en compte ou non les bénéficiaires non éligibles, mais aussi selon que l'on considère comme recourant ou non une personne non bénéficiaire mais qui a déposé une demande encore en cours de traitement. Les taux de non-recours varient alors de 34 % à 38 % pour le taux de non-recours au RSA socle seul, de 30 à 35 % pour le non-recours au RSA socle et activité, et de 63 % à 72 % pour le non-recours au RSA activité seul.

Une autre limite est le fait que cette enquête est ancienne et a été menée peu de temps après la création du RSA. Il se peut qu'il y ait eu une montée en puissance du dispositif, qui a pu conduire à augmenter le recours (ou tout du moins à diminuer certaines causes de non-recours, comme la proportion de personnes ne connaissant pas la prestation¹⁷). La revalorisation exceptionnelle de 10 % sur cinq ans du montant forfaitaire du RSA, la création de droits figés mais aussi la création de la prime d'activité, dont le recours semble être meilleur que celui du RSA activité, ont pu contribuer à augmenter ce recours.

Concernant le champ de l'enquête, l'utilisation des fichiers fiscaux de 2008 a exclu de fait un certain nombre de bénéficiaires du RSA, notamment les ménages vivant en logements non ordinaires et les foyers qui se sont constitués depuis 2008. L'enquête sous-représente ainsi les jeunes bénéficiaires du RSA.

Il faut avoir à l'esprit que faire de telles enquêtes est difficile : par construction, dans les données administratives disponibles, on ne trouve pas l'ensemble des informations nécessaires pour calculer de façon précise si telle ou telle personne est éligible. En effet pour déterminer si elle l'est, il faut connaître l'ensemble des ressources du ménage ou du foyer (à la fois la nature et le montant) et sa configuration familiale. Pour pouvoir s'approcher au plus près de la population d'intérêt, cela implique de suréchantillonner la population susceptible de bénéficier de ces prestations.

Par ailleurs, le traitement de la non-réponse à l'enquête pose un problème important : en effet, on peut penser qu'il y a une corrélation positive entre le fait de ne pas répondre à l'enquête et le fait de ne pas recourir au RSA. Malgré le redressement, cela pourrait conduire à sous-estimer le non-recours.

Enfin, ce type d'enquêtes a un coût important.

Au final, le recours à une enquête pour estimer le non-recours ne peut être envisagé que de façon ponctuelle, afin de disposer d'une estimation précise et d'éclairages complémentaires sur les déterminants, mais il ne se prête pas à un suivi régulier au fil du temps.

¹⁷ Les vagues 2014, 2016 et 2018 du Baromètre d'opinion de la DREES montrent que le RSA est une des prestations sociales les mieux connues, avec un taux de notoriété d'au moins 95 %, près de la moitié des personnes interrogées déclarant même « savoir assez précisément qui peut en bénéficier ».

Mesure par comparaison de la population éligible obtenue par micro-simulation à la population bénéficiaire, à partir de sources existantes

Le principe consiste à simuler dans un premier temps le nombre de personnes éligibles à une prestation, à partir de données d'enquête et administratives individuelles déjà existantes qui permettent de se rapprocher au plus près des critères d'éligibilité. Une fois la population éligible dénombrée, le taux de recours est évalué en comparant ce nombre à l'effectif observé de bénéficiaires issu de sources administratives. C'est par exemple la méthode retenue pour estimer un taux de recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide à la complémentaire santé (ACS), calculé tous les ans par la DREES pour le Fonds CMU¹⁸ à partir du modèle de micro-simulation Ines (voir l'encadré 2), avec toutefois une très forte marge d'incertitude (voir fiche 6).

Encadré 2 • Le modèle Ines de microsimulation de la législation sociale et fiscale

Le modèle Ines est un modèle de microsimulation de la législation sociale et fiscale française. Développé conjointement par l'Insee, la DREES et plus récemment la Cnaf, Ines repose sur l'Enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'Insee, représentative des ménages ordinaires de France métropolitaine. Cette enquête, réalisée par l'Insee, consiste en un rapprochement du dernier trimestre de l'enquête Emploi en continu avec les fichiers fiscaux issus de la DGFiP et des fichiers sociaux fournis par la Cnaf, la Cnav et la CCMSA. Elle permet une description détaillée du ménage, des individus qui le composent, de leur situation professionnelle et de leurs revenus, issus des déclarations fiscales. L'ERFS comprend plus de 50 000 ménages, soit un échantillon de taille bien supérieure à la plupart des enquêtes, ce qui permet d'étudier des sous-populations. Cependant, l'enquête est restreinte aux logements ordinaires de France métropolitaine (hors personnes en foyers et résidences collectives, caravanes, sans domicile fixe, etc.) et pourrait sous-représenter les plus bas revenus.

Une méthode similaire, par rapprochement de données individuelles permettant de repérer une population éligible d'une part, bénéficiaire d'autre part, est également envisagée par la DREES pour estimer des taux de recours au minimum vieillesse (ASPA) des personnes seules, à partir de sources et d'outils différents (appariement entre l'échantillon interrégimes de retraités – EIR – et des données fiscales ; fiche 5).

Comparée à une enquête dédiée, cette méthode a l'avantage d'utiliser des données existantes et de pouvoir être reproduite annuellement. Elle permet de produire régulièrement des taux de recours à un certain nombre de prestations. Mais elle repose sur plusieurs hypothèses dont il convient de vérifier la robustesse : en pratique, alors que les données sur les bénéficiaires des aides sont généralement disponibles (souvent les données administratives des gestionnaires des prestations), il est toujours difficile de modéliser très finement l'éligibilité à ces aides du fait de la complexité des critères d'ouverture du droit que l'on ne peut reconstituer que partiellement à partir des enquêtes en population générale ou des sources administratives.

La mesure de l'éligibilité est encore plus délicate lorsqu'il est nécessaire d'évaluer des « besoins » comme c'est le cas pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA, voir fiche 5) ou le renoncement aux soins (voir fiche 6) par exemple.

Ces limites sont à prendre en compte et conduisent actuellement à ne pas produire de taux de non-recours pour certaines prestations, dont le RSA.

Les limites des mesures actuelles utilisant la microsimulation : l'exemple du RSA

Pour une mesure régulière du non-recours au RSA, la microsimulation *via* le modèle Ines apparaît *a priori* comme la solution la plus adaptée. Il s'agit donc de simuler l'éligibilité au RSA, puis de simuler le recours à la prestation en référence au nombre observé de bénéficiaires, selon des cibles définies à partir des fichiers d'allocataires de la Cnaf.

¹⁸ Récemment devenu Fonds de la complémentaire santé solidaire.

L'échantillon de données

La grande taille de l'échantillon de l'Enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS) sur laquelle repose le modèle de microsimulation Ines permet d'étudier la sous-population des plus modestes. Cependant, la restriction de l'enquête aux logements ordinaires de France métropolitaine et une probable sous-représentation des plus bas revenus peuvent affecter la simulation du nombre de foyers éligibles au RSA, avec un risque de sous-estimer leur nombre et donc de surestimer le taux de recours.

La mesure des ressources du ménage

Les revenus pris en compte proviennent des déclarations fiscales, plus fiables que les déclarations des enquêtés. Ces revenus sont cependant déclarés au niveau annuel. Or, le RSA, comme un certain nombre de prestations sociales, est versé sur une base trimestrielle. Dans le modèle Ines, les revenus trimestriels sont reconstitués à partir d'un calendrier rétrospectif d'activité sur les 12 derniers mois, présent dans l'ERFS et reposant sur les déclarations des personnes dans l'Enquête Emploi. Mais cette « trimestrialisation » repose sur des hypothèses fortes et elle est par ailleurs tributaire des déclarations faites par les personnes enquêtées. Pour les foyers éligibles au RSA (ou à la prime d'activité), la reconstitution est d'autant plus délicate que les populations les plus modestes ont souvent des trajectoires personnelles ou professionnelles heurtées et des revenus plus variables au cours de l'année. En l'état actuel, le modèle Ines sous-estime de fait les variations infra-annuelles de revenus, ce qui peut impacter le nombre de foyers éligibles au RSA et donc les taux de recours.

Par ailleurs, le RSA prend en compte dans sa base ressources un grand nombre de prestations sociales et familiales dont le montant vient réduire voire annuler le montant des droits au RSA. Or le recours aux prestations est également simulé au préalable dans le modèle Ines. La simulation de l'éligibilité au RSA est donc affectée par les incertitudes liées à la simulation préalable du montant des autres prestations.

Enfin, les mécanismes de neutralisation des ressources et de cumul intégral pour l'attribution du RSA, mécanismes complexes appliqués par les CAF en cas de rupture dans la situation professionnelle ou financière des bénéficiaires, sont imparfaitement pris en compte dans Ines.

La comparabilité entre le nombre d'éligibles simulé et le nombre de bénéficiaires observé

Pour estimer un taux de non-recours cohérent, les cibles de bénéficiaires du RSA issus des données CAF doivent être corrigées de façon à correspondre au champ du modèle Ines. Pour ce faire, un certain nombre d'hypothèses doivent être faites, qui introduisent un élément supplémentaire d'incertitude sur le taux de recours au RSA.

Non-recours et fraude

La méthode consistant à comparer le nombre d'éligibles au nombre observé d'allocataires pour en déduire un taux de recours (ou de non-recours) à la prestation suppose qu'il n'existe pas ou peu de fraude : tous les allocataires sont donc potentiellement éligibles¹⁹. Cette question pourrait s'avérer problématique en cas de fraude relativement importante par rapport au non-recours. Les contrôles réguliers effectués par les CAF laissent cependant penser que les cas de fraude au RSA sont peu importants au regard des comportements de non-recours.

Des investissements méthodologiques d'envergure sont engagés à horizon 2021

Grâce au financement apporté par la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP), la DREES, en collaboration avec la Cnaf, l'Insee et l'université Paris-Est Créteil, vient d'engager un grand chantier méthodologique sur l'ensemble de ces éléments, et notamment les questions de prise en compte des bas revenus, de leur variation infra-annuelle et du rapprochement entre foyers éligibles et bénéficiaires. L'objectif de

¹⁹ Pour distinguer précisément la fraude du non-recours, il faudrait savoir précisément pour chaque individu s'il est éligible ou pas à la prestation et s'il y a recours ou pas.

ces travaux, qui devraient aboutir en 2021, est d'étudier la faisabilité de la production d'estimations suffisamment fiables des taux de recours, reposant sur des méthodes et des données améliorées.

L'utilisation de méthodes de « datamining » par la Cnaf

Actuellement, la Cnaf travaille sur une méthode de repérage du non-recours au sein de ses allocataires en mobilisant des méthodes de *datamining*²⁰. Cette action participe de la promotion par la Branche famille du « paiement à bon droit » et de l'accès aux droits; elle est complémentaire des « rendez-vous des droits » mis en place depuis 2014 (voir fiche 7). À partir d'une étude menée en 2018 sur 18 000 dossiers d'allocataires, elle estime qu'entre 7,5 % et 8,2 % des allocataires de la branche Famille ne recourraient pas à tous leurs droits. Il est important d'insister sur le fait qu'il s'agit d'un ordre de grandeur du non-recours au sein de personnes déjà connues de la branche Famille. C'est donc un minorant du non-recours, restreint aux allocataires gérés par les caisses d'allocations familiales (Caf). Parmi les allocataires pour lesquels des cas de non-recours ont été détectés, 40 % ont ensuite ouvert un nouveau droit pour un montant mensuel moyen de l'ordre de 200 euros. Certaines ouvertures ont généré également des rappels d'un montant moyen de l'ordre de 700 euros.

²⁰ Méthodes, au croisement de la statistique et des technologies de l'information, dont le but est de découvrir des « structures » dans de vastes ensemble de données, qu'il s'agisse de découvrir des « modèles », par exemple dans une optique prédictive, ou de repérer des « patterns », structures caractéristiques possédées par des groupes d'observations.

■ FICHE 3 - RISQUE PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE

Les derniers taux de non-recours au revenu de solidarité active (RSA) disponibles datent de l'enquête Dares de 2011. Des taux de recours à la prime d'activité, créée en 2016, figurent dans le rapport d'évaluation de la prime d'activité de 2017, assortis de précautions d'emploi. Compte tenu de l'incertitude attachée à la mesure, ils n'ont pas été actualisés depuis, et notamment pas depuis la forte augmentation du montant maximal du bonus individuel de la prime en janvier 2019. Des travaux méthodologiques sont en cours pour fiabiliser ces données.

Taux de recours au revenu de solidarité active

Les derniers taux de non-recours au revenu de solidarité active (RSA) disponibles datent de l'enquête Dares de 2011 (voir l'encadré 1 de la fiche 2). En 2010-2011, la Dares a ainsi monté une enquête spécifique pour estimer le recours au RSA quelques années après sa mise en place. Une étude de la Cnaf en donne les principaux résultats (Domingo et Pucci, 2012). Le RSA était alors constitué d'une partie « socle », correspondant au RSA actuel, et d'une partie « activité », fusionnée en 2016 avec la prime pour l'emploi pour créer la prime d'activité. Selon cette enquête, au dernier trimestre 2010, le taux de recours au RSA était en moyenne de 50 % : 64 % parmi les éligibles au RSA socle seul, 67 % parmi les éligibles au RSA socle et activité et 32 % parmi les éligibles au RSA activité seul. Il était ainsi estimé que près de 1,7 million de personnes éligibles au RSA (socle ou activité) au dernier trimestre 2010 n'en étaient pas bénéficiaires, induisant un montant non distribué de l'ordre de 432 millions d'euros. Ces éléments sont repris dans le Rapport national d'évaluation du RSA.

L'enquête renseigne également sur les raisons du non-recours mises en avant par les personnes concernées. La méconnaissance du RSA, ou sa mauvaise connaissance, explique pour l'essentiel le non-recours à la prestation. En revanche, les non-recourants n'évoquent que marginalement un faible intérêt financier de la prestation ou la peur de perdre des droits connexes comme motifs de non-recours.

Pour une mesure moins coûteuse et plus régulière du non-recours, les outils de micro-simulation paraissent plus adaptés qu'une enquête. Ils se heurtent cependant à ce stade à des difficultés qui limitent actuellement l'estimation de taux de recours aux prestations à partir de ces outils, notamment du modèle Ines. S'agissant plus particulièrement du RSA, les difficultés ont trait à la simulation du nombre de foyers éligibles, qui suppose une connaissance précise de l'ensemble des ressources mensuelles perçues par les foyers concernés et entrant dans la base ressources du RSA, et au rapprochement du nombre de ces éligibles avec le nombre observé de bénéficiaires sur le même champ. La qualité des résultats dépend également beaucoup de la couverture et de la représentativité des données utilisées pour la population concernée, en l'occurrence les personnes avec peu ou pas de ressources (voir fiche 2).

Taux de recours à la prime d'activité

À partir du 1^{er} janvier 2016, la prime d'activité a remplacé le RSA activité et la prime pour l'emploi (PPE). En 2017, dans le cadre de l'évaluation de la prime d'activité prévue par la loi un an après sa mise en place, la DREES a estimé un ordre de grandeur de son recours en mobilisant le modèle Ines. Pour 2016, le taux de recours trimestriel moyen à la prime d'activité a été estimé à 73 % en effectifs et à 77 % en masses financières²¹, avec une amélioration continue au fil des semestres. Le chiffrage est fragile compte tenu des marges d'incertitude. En particulier, l'insuffisante prise en compte des variations infra-annuelles de revenu s'observe notamment pour les bénéficiaires

²¹ Taux de recours « en effectif » = Nombre de bénéficiaires / Nombre d'éligibles.

Taux de recours « en masses financières » = Montant des prestations effectivement versées / montant global qui serait versé aux éligibles. Le second indicateur, moins connu, est tout aussi important car il n'est pas équivalent que les personnes ne recourent pas à des aides, selon que ces dernières représentent un montant minime ou un montant significatif par rapport à leur niveau de vie, la seconde situation étant davantage préoccupante.

de la prime d'activité dans le modèle Ines. Le nombre de foyers éligibles seulement une partie de l'année est ainsi sous-estimé au profit, d'une part, du nombre de foyers qui ne sont jamais éligibles et, d'autre part, des foyers éligibles tout au long de l'année. Au regard de la méthode utilisée, ces taux constitueraient donc des majorants.

Ce niveau de non-recours (27 %) est bien plus faible que celui de 2011 pour le RSA activité mais il faut éviter de considérer qu'il est vraiment plus faible que celui du RSA socle (35 %) car toutes ces mesures sont relativement imprécises. Par ailleurs, la différence entre non-recours en effectifs et en masses financières est assez logique puisqu'on estime que le non-recours décroît quand le niveau de la prestation augmente.

Compte tenu de l'incertitude attachée à leur mesure, ces chiffres n'ont pas été actualisés depuis, et notamment pas depuis la forte revalorisation de la prime début 2019²². Les statistiques publiées par la Cnaf (dans la collection *Prime d'activité Conjoncture* notamment²³) font état d'une forte hausse du nombre de bénéficiaires de la prime dès fin 2018 suite aux annonces de revalorisation du bonus de la prime au 1^{er} janvier 2019, qui pourraient laisser penser que le taux de non-recours baisse. Cela reste néanmoins incertain et l'effet à terme devra être mesuré dans un dispositif où il y a un grand nombre d'entrées et de sorties. Par ailleurs, comme le taux de recours dépend du niveau de la prestation, il peut y avoir une augmentation du recours pour des personnes qui avaient potentiellement une prestation avant, prestation qui a augmenté de 90 €, et pas pour la prestation globale du fait d'un moindre recours pour les prestations de moindre niveau.

Pour en savoir plus

DGCS (2017), Rapport d'évaluation de la prime d'activité.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_evaluation_prime_d_activite.pdf

Domingo Pauline, Pucci Muriel (2012), Les non-recourants au RSA, L'E-ssentiel, n°124, juillet 2012, Cnaf.

Rapport final, Comité national d'évaluation du RSA, décembre 2011, et notamment son annexe 1 « Le non-recours au RSA et ses motifs », Pauline Domingo, Muriel Pucci (Cnaf).

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000721.pdf>.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1_Le_non-recours_au_rSa_et_ses_motifs.pdf

²² La loi n°2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales prévoit une revalorisation exceptionnelle de la prime d'activité au 1^{er} janvier 2019, avec une augmentation de 90 € du montant maximal de son bonus individuel d'activité.

²³ <http://www.caf.fr/presse-institutionnel/recherche-et-statistiques/publications/prime-d-activite-conjoncture>

■ FICHE 4 - RISQUE FAMILLE

Le recours aux prestations familiales n'a pas fait l'objet d'estimation, en dehors de premiers chiffrages pour les prestations accompagnant l'absence d'activité ou le temps partiel des parents d'enfants de moins de trois ans ayant travaillé antérieurement ; des travaux sont en cours pour compléter cette première approche. En revanche, deux enquêtes de la DREES renseignent sur le recours au congé de paternité. En 2013, parmi les pères d'un enfant de moins de 3 ans éligibles à ce congé, 68 % y ont eu recours à la naissance de leur benjamin. Ce taux est assez stable par rapport à 2004. Il est très lié au statut de l'emploi : les travailleurs indépendants, ceux ayant un emploi précaire et les chômeurs prennent plus rarement leur congé de paternité que les salariés bénéficiant d'un emploi stable.

Trois pères sur dix n'ont pas recours à leur congé de paternité

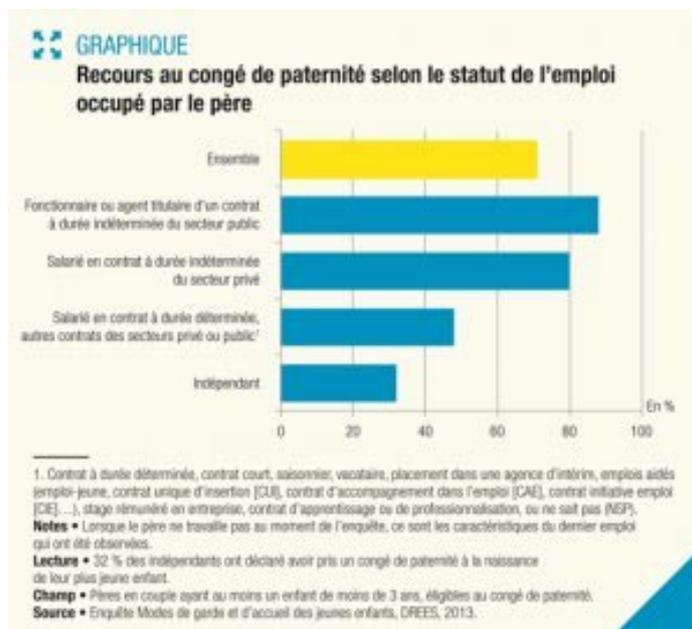
Depuis le 1^{er} janvier 2002, les pères qui travaillent ou ont perçu une allocation chômage au cours des douze derniers mois peuvent bénéficier à la naissance de leur enfant, en plus des trois jours accordés par le Code du travail, d'un congé de paternité indemnisé d'une durée maximale de onze jours pour une naissance unique (18 jours pour une naissance multiple), samedis et dimanches inclus. Deux enquêtes de la DREES informent sur le recours des pères à ce dispositif : l'enquête Congés autour de la naissance de 2004 et l'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants de 2013. En 2013, parmi les pères d'un enfant de moins de 3 ans éligibles au congé de paternité, 68 % y ont eu recours à la naissance de leur benjamin (Legendre, Lhommeau, 2016). La quasi-totalité d'entre eux (95 %) ont pris l'intégralité des jours auxquels ils avaient droit. Par rapport à 2004, le taux de recours est globalement stable, même si des évolutions sont perceptibles selon les catégories sociales, qui tendent à rapprocher les comportements.

En effet, en 2013, le recours au congé de paternité est peu différencié selon les catégories sociales : qu'ils soient employés, cadres ou qu'ils exercent une profession intermédiaire, huit pères éligibles sur dix ont bénéficié de ce congé. Les différences de comportement selon les catégories sociales se sont nettement réduites entre 2004 et 2013. En 2004, les taux de recours des cadres et des professions intermédiaires étaient sensiblement plus faibles que ceux des employés (de respectivement 32 points et 12 points) et, dans une moindre mesure, des ouvriers. En 2013, les ouvriers prennent désormais moins souvent un congé de paternité que les cadres, même s'ils y ont recours dans sept cas sur dix, comme la moyenne des autres pères (Antunez, Buisson, 2019).

L'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants de 2013 ne donne pas d'information sur les raisons du non-recours au congé de paternité, contrairement à l'enquête Congés autour de la naissance de 2004. Elle permet cependant d'analyser les profils des pères qui n'ont pas fait valoir leur droit. Ces profils font écho aux arguments les plus souvent mobilisés en 2004 pour expliquer le non-recours.

Ainsi, le recours des pères est déterminé en grande partie par le statut de leur emploi (*graphique*). Les travailleurs indépendants, ceux ayant un emploi précaire et les chômeurs prennent plus rarement leur congé de paternité que les pères salariés qui bénéficient d'un emploi stable (fonctionnaires ou salariés en contrat à durée indéterminée [CDI]). En 2004, l'instabilité ou la précarité du poste constituaient un empêchement pour 10 % des pères, surtout pour ceux qui exerçaient leur activité dans le cadre d'un contrat à durée déterminée, un contrat d'intérim ou un contrat aidé (Bauer, Penet, 2005). De même, en 2013, seuls 13 % des pères chômeurs ont exercé leur droit au congé, contre près de trois quarts des pères qui travaillaient. Ces pères chômeurs pourraient ne pas toujours ressentir la nécessité du congé de paternité pour être présents auprès de leur enfant, en raison d'une plus grande disponibilité. En 2004, cet argument de la disponibilité était ainsi mobilisé par 15 % des pères n'ayant pas fait valoir leur droit, essentiellement des pères ne travaillant pas à temps plein. Parmi les pères qui travaillaient au moment de la naissance, une très grande majorité des fonctionnaires ou salariés en CDI du secteur public (neuf sur dix) et des salariés en CDI du secteur privé (huit sur dix) ont pris un congé de paternité à la naissance de leur dernier enfant. En revanche, seule la moitié des autres salariés y ont eu recours. Les pères non salariés sont ceux qui

prennent le moins leur congé de paternité (trois sur dix). Pour les indépendants, le plafond de versement des indemnités journalières est plus bas que celui des salariés du privé, ce qui pourrait expliquer leur faible recours. La difficulté à se faire remplacer peut également constituer un obstacle. En 2004, 25 % des pères n'ayant pas pris leur congé de paternité indiquaient que leurs charges professionnelles ne leur permettaient pas de s'absenter et 17 % citaient l'impossibilité de se faire remplacer. Ces deux arguments étaient principalement avancés par des indépendants, des cadres supérieurs et des professions libérales. L'argument financier – une perte de salaire jugée non acceptable – était avancé par 18 % des pères qui ne prenaient pas le congé de paternité.



Le recours aux prestations visant à accompagner l'absence d'activité ou le temps partiel des parents d'enfants de moins de trois ans ayant travaillé antérieurement (CLCA, Prepare)

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepare) s'adresse aux familles avec des enfants de moins de 3 ans dont au moins l'un des parents ne travaille pas ou travaille à temps partiel (au plus à 80 % d'un temps complet). Le parent doit justifier d'une activité antérieure : huit trimestres de cotisations sur une période de référence qui varie selon le nombre d'enfants : 2 ans pour le premier enfant, 4 ans pour les parents de deux enfants et 5 ans pour les parents de trois enfants ou plus. La Prepare a remplacé le complément de libre choix d'activité (CLCA) pour les enfants nés ou adoptés depuis le 1^{er} janvier 2015.

Les sources d'informations statistiques disponibles ne permettent pas d'identifier précisément les parents éligibles. Des premières estimations des parents éligibles et du non-recours à ces prestations ont été réalisées à partir des enquêtes revenus fiscaux et sociaux de l'Insee dans le cadre d'un rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA, 2019). À partir des informations sur l'ancienneté dans l'entreprise de parents travaillant à temps partiel, ces enquêtes permettent de déterminer un nombre minimum de parents pouvant bénéficier de ces prestations mais n'en faisant visiblement pas la demande. Au moins 40 000 mères seraient ainsi dans cette situation. Des travaux mobilisant l'échantillon démographique permanent sont en cours à la DREES pour compléter cette première approche, des premiers résultats devraient être publiés au second semestre 2020.

Pour en savoir plus

HCFEA (2019, février). Voies de réforme des congés parentaux dans une stratégie globale d'accueil de la petite enfance. Rapport.

Antunez, K. et Buisson, G. (2019, janvier). Les Français et les congés de maternité et paternité : opinion et recours. DREES. *Études et Résultats*, 1098.

Legendre, É. et Lhommeau, B. (2016, mars). Le congé de paternité : un droit exercé par sept pères sur dix. DREES. *Études et Résultats*, 957.

Bauer, D. et Penet, S. (2005, novembre). Le congé de paternité. DREES. *Études et résultats*, 442.

■ FICHE 5 - RISQUE VIEILLESSE-SURVIE

À 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à la retraite

À l'âge de 70 ans, 68 % des assurés des régimes de retraite français nés en 1942 ont liquidé l'intégralité des pensions de retraite auxquelles ils ont droit. En revanche, 32 % n'ont pas demandé tout ou partie de leurs pensions de retraite alors même qu'ils ont cessé leurs activités professionnelles (Langevin, Martin, 2019).

Pour 7 % des assurés, aucune pension de retraite n'a encore été liquidée à l'âge de 70 ans. Trois quarts d'entre eux sont nés à l'étranger. Généralement, ils n'ont validé que peu de trimestres dans le système de retraite français et ont cessé de valider des droits depuis de nombreuses années.

24 % des assurés ont liquidé une partie seulement des pensions de retraite auxquelles ils ont droits. Les droits non liquidés correspondent le plus souvent à des régimes de retraite que ces retraités ont quittés depuis plusieurs années et dans lesquels ils ont acquis peu de trimestres ou peu de points retraite. Cela concerne essentiellement des assurés qui ont connu plusieurs régimes d'affiliation au cours de leur carrière.

Les droits non liquidés correspondent le plus souvent à de faibles montants : ils sont estimés à environ 2 % de l'ensemble des droits acquis par la génération 1942.

Le taux de recours aux droits varie d'un régime de retraite à l'autre. Alors que la totalité des assurés ayant validé des droits dans les régimes de la fonction publique les ont liquidés, c'est le cas de seulement 60 % des anciens assurés de l'Ircantec (régime complémentaire des contractuels de la fonction publique). Au régime général, 13 % des assurés n'ont pas liquidé leurs droits à retraite.

La mise en place de la LURA (liquidation unique des régimes alignés, c'est-à-dire le régime général et ceux des salariés agricoles, des artisans et des commerçants) ainsi que la demande unique de retraite en ligne, disponible depuis le 1^{er} janvier 2019, sont susceptibles de réduire le non-recours aux droits à retraite. Sur la base de simulations sur la génération 1942, la LURA aurait, à elle seule, diminué de 10 % la proportion de non-recourants partiels.

Ces résultats ont pu être établis grâce au rapprochement, pour un échantillon d'assurés aux régimes de retraite français nés en 1942, d'informations relatives aux éléments de carrière utiles au calcul de la pension – recueillis dans l'Échantillon interrégimes de cotisants 2013, EIC – et à leur retraite effective – recueillis dans l'Échantillon interrégimes de retraités 2012, EIR. Cet appariement permet d'isoler, parmi ces assurés, les droits liquidés par chaque assuré. Cette information peut être croisée avec les caractéristiques individuelles (sexe, pays de naissance), d'affiliation (régime de référence, durée d'assurance, âge de liquidation, etc.) et prestations retraite (niveau de la pension). En définitive, le champ de l'étude porte sur un échantillon de 17 500 personnes dont 15 600 ont acquis des droits à retraite dans le système français. Si les liquidations au-delà de 70 ans sont par construction inconnues pour la génération 1942 en 2012 (vague de l'EIR utilisée ici), ces situations semblent marginales. À titre d'exemple, seuls 0,7 % des assurés nés en 1930 liquident la totalité de leurs droits au-delà de cet âge.

Le non-recours au minimum vieillesse

D'après l'échantillon interrégimes de retraité (EIR), de nombreuses personnes disposent d'une pension de retraite tous régimes inférieure au montant du minimum vieillesse²⁴. Cela ne signifie pas pour autant que si elles en faisaient la demande, elles bénéficieraient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Il peut par exemple exister d'autres revenus au sein du foyer (revenus du conjoint, revenus d'activité, pensions d'invalidité, etc.). Ces informations ne figurent pas dans l'EIR. Cependant, le rapprochement de l'EIR avec les données fiscales (disponibles pour les vagues 2012 et 2016 de l'échantillon) permet, notamment, de connaître les revenus du foyer fiscal au-delà des seules pensions individuelles de retraites collectées dans l'EIR et d'appréhender en partie le

²⁴ Le plafond de ressources est fixé à 800,8 euros par mois pour une personne seule au 31 décembre 2016 (et de 903,20 euros au 1^{er} janvier 2020).

non-recours au minimum vieillesse, sur le champ des personnes seules. Une analyse sera donc menée par la DREES en 2020.

Le minimum vieillesse est soumis à des conditions d'âge, de ressources et de résidence en France. La condition de ressources sera, dans l'analyse, appréhendée grâce aux données fiscales (revenus professionnels, pension de retraite et d'invalidité, allocations chômage et préretraite, pensions alimentaires, etc.). Les ressources prises en compte pour l'obtention du minimum vieillesse intègrent aussi des données patrimoniales qui ne sont pas disponibles dans les données fiscales. L'estimation qui en découle constitue donc un majorant du taux de non-recours. En outre, pour bénéficier du minimum vieillesse, les allocataires doivent également résider en France pendant plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement de la prestation. L'EIR permet de repérer les retraités résidant en France mais leur durée de résidence est difficile à appréhender.

Des taux de non-recours, ventilés par tranche de montant attendu, ainsi que les masses financières, c'est-à-dire les effectifs pondérés par le montant théorique, pourront ainsi être calculés à partir des EIR 2012 et 2016 appariés. Le profil des personnes en situation de non-recours pourra également être dressé dans l'étude à venir. Les travaux menés notamment par le Conseil d'orientation des retraites permettent d'identifier au moins quatre facteurs de non-recours à l'Aspa : la méconnaissance ou la non-connaissance de la prestation ; la complexité perçue des démarches administratives ; la peur de la « stigmatisation » ; la récupération sur successions des sommes versées (au-delà d'un seuil d'actif net successoral).

Les prestations pour l'autonomie et l'hébergement des personnes âgées

Estimer le non-recours à l'APA à partir des données d'enquêtes, un exercice complexe

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet de financer les dépenses d'aide auxquelles font face les personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie. Gérée par les conseils départementaux, l'éligibilité à l'APA n'est pas soumise à conditions de revenu, toutefois le montant attribué dépend des ressources et du besoin d'aide des bénéficiaires (classés en groupes isoressources (GIR) allant de 1 à 4). Une telle conditionnalité aux besoins rend par nature plus complexe l'analyse du recours à l'APA, car l'éligibilité à la prestation dépend de critères, plus difficiles à apprécier, relatifs aux capacités à réaliser diverses activités du quotidien.

Les enquêtes CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors) réalisées par la DREES avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), interrogent les personnes de plus de 60 ans sur les dix activités discriminantes relatives à la perte d'autonomie de la grille Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (AGGIR) afin d'estimer un GIR pour chaque personne interrogée. En théorie, l'enquête CARE pourrait donc permettre d'apprécier le non-recours à l'APA à domicile en comparant le nombre de personnes en GIR 1-4 dans l'ensemble de la population vivant à domicile, estimé à partir des réponses aux questions de l'enquête, au nombre effectif de bénéficiaires de l'APA à domicile la même année, connu d'après des remontées d'informations des conseils départementaux qui gèrent la prestation.

De telles estimations sont en réalité très fragiles, et à prendre avec une grande prudence, car plusieurs facteurs relativisent la comparaison de ces deux nombres. D'une part, la non-perception de l'APA par une personne en GIR 1 à 4 peut s'expliquer par la perception d'une autre allocation qui ne lui est pas cumulable (allocation compensatrice de tierce personne – ACTP –, prestation de compensation du handicap – PCH – ou majoration pour tierce personne – MTP –, représentant un peu plus de 100 000 bénéficiaires de 60 ans ou plus). Il ne s'agit alors pas de non-recours à proprement parler.

D'autre part, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile est une mesure qui concerne le paiement, c'est-à-dire le nombre de personnes payées au mois de décembre de chaque année. Il existe un écart entre le nombre de personnes ayant des droits ouverts à l'APA au cours d'une période donnée et le nombre de personnes ayant reçu un paiement au titre de l'APA dans cette même période : une personne peut être bénéficiaire de l'APA (droits ouverts) mais ne pas être payée un mois ou plus pour diverses raisons (par exemple une hospitalisation temporaire suite à une chute, qui fait que le bénéficiaire n'a pas besoin de solliciter l'aide à domicile de son plan pendant cette période). Il reste bénéficiaire de l'APA, sans avoir été payé.

Enfin, l'estimation du GIR réalisée grâce aux variables du questionnaire CARE repose sur un calcul statistique du GIR fondé sur des données déclaratives, donc par nature subjectives. Le GIR estimé peut donc différer de celui qui aurait été attribué par une équipe de professionnels lors d'une évaluation à domicile.

Il n'est pas possible de mesurer la contribution de chacun de ces éléments à l'écart entre le nombre estimé de personnes dépendantes issu du questionnaire et le nombre de bénéficiaires de l'APA. Selon la méthode d'estimation du GIR – selon une définition « large » ou « restreinte », correspondant au fait qu'on retienne ou non dans l'analyse les personnes déclarant n'avoir que « quelques difficultés » – l'estimation de l'écart varie de 0 à près de 50 %. Le questionnaire de l'enquête CARE ne permet ainsi pas en l'état de fournir une estimation fiable du non-recours à l'APA.

Un enrichissement des données de l'enquête CARE avec les données de gestion de l'APA des conseils départementaux a été réalisé en 2016. Il permet de comparer, au niveau de chaque individu, les difficultés à réaliser des actes de la vie quotidienne déclarées par les personnes touchant l'APA avec le GIR attribué par les équipes médico-sociales. Des travaux sont actuellement en cours afin d'identifier les facteurs influant les différences entre ces deux approches et ainsi procéder à un ajustement de l'estimation GIR réalisée à partir des données de l'enquête CARE. Minimiser les différences entre ces deux manières d'estimer les besoins permettrait de mieux isoler les personnes non-recourantes à l'APA. À défaut de pouvoir déterminer avec certitude quelles seraient les personnes éligibles, et donc de pouvoir fournir un chiffre unique de « taux de non-recours », l'analyse permettra de mieux comprendre les comportements de recours de personnes *potentiellement* éligibles. L'étude de leurs profils et des différentes prestations dont ils peuvent disposer permettra de progresser dans la compréhension de ce phénomène.

Les raisons du non-recours à l'APA

La DREES a réalisé en 2014 une étude qualitative auprès des professionnels de l'aide aux personnes âgées afin de mieux comprendre les raisons du non recours à l'APA (Ramos-Gorand, 2016). Le non-recours peut d'abord être lié à une méconnaissance partielle ou totale du dispositif. Les conseils départementaux, chargés de diffuser les informations, ont ainsi un rôle essentiel à jouer. Par ailleurs, le fonctionnement du dispositif d'aide peut constituer un frein à son adhésion. Les démarches administratives à accomplir et le reste à charge, variable selon les situations, peuvent décourager les bénéficiaires potentiels. Enfin, le non-recours relève dans certains cas d'un choix personnel. La décision de ne pas faire appel à une aide professionnelle peut néanmoins se heurter à l'obligation pour les acteurs publics d'intervenir, lorsque la personne se met en danger ou met en danger ses proches.

Le non-recours à l'ASH

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) s'adresse aux personnes de 60 ans ou plus résidant dans un établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale dont les ressources sont inférieures aux frais d'hébergement.

Le modèle de micro-simulation Autonomix, développé par la DREES à partir des remontées individuelles sur l'APA et l'ASH de 2011 et de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (pour le millésime 2016), a permis d'approcher le non-recours à l'ASH en rapportant les dépenses aux ressources des personnes (Fizzala 2016). Ainsi, avant prise en compte de l'ASH, trois résidents sur quatre sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes ». Une partie de ces résidents éligibles à l'ASH y ont recours, mais relativement peu par rapport au nombre de bénéficiaires potentiels. En effet, une fois décomptés les bénéficiaires de l'ASH (20 % de l'ensemble des résidents en établissement), il reste plus d'un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur aux ressources « courantes ».

L'origine de ce non-recours important vient probablement du caractère récupérable de l'ASH. Elle constitue en effet une avance qui peut être récupérée par le département dans certains cas : auprès des obligés alimentaires, auprès du bénéficiaire si sa situation financière s'est améliorée ou par recours sur succession.

Pour en savoir plus

Brunel M., Carrère A., 2017 « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages » », *Études et Résultats* n° 1029, DREES, septembre.

Fizzala A., 2016, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les Dossiers de la DREES, n°1, DREES, mars.

Langevin G., Martin H. (DREES), 2019, « Non-recours : à 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à retraite », *Études et Résultats*, n°1124, DREES, septembre.

Ramos-Gorand M., 2016, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées », Les Dossiers de la DREES, DREES, n° 10, décembre.

■ FICHE 6 - RISQUE SANTÉ

Les mesures statistiques du renoncement aux soins et du recours aux aides sociales pour l'accès aux soins ne sont pas aisées et supposent un certain nombre de conventions. Les causes du renoncement aux soins sont multiples, la raison la plus souvent évoquée étant financière. D'où les dispositifs d'aides sociales à l'accès aux soins (CSS, CMU-C, ACS, AME), à destination des plus modestes. Jouent aussi des facteurs spatio-temporels : éloignement des médecins, délais d'attente. Des travaux sont en cours à la DREES pour améliorer la compréhension de ces facteurs et de leur interaction.

Le renoncement aux soins

Les causes multiples du renoncement aux soins

Les motifs de renoncement aux soins²⁵ sont de différentes natures. Ils peuvent être liés à l'organisation du système de soins lui-même (répartition géographique et densité de l'offre de soins) ou à des contraintes individuelles (financières, sociales et culturelles). On parle dans ces situations de « renoncement-barrière ». Le renoncement peut aussi relever d'une défiance vis-à-vis de la médecine traditionnelle ou d'un désintérêt pour sa santé, par exemple. L'individu fait alors face à un « renoncement-refus » (Després et al., 2011).

Dans le cadre d'enquêtes, il n'est pas toujours aisé d'identifier le principal motif de renoncement, différentes dimensions étant parfois imbriquées les unes aux autres. Cependant, le renoncement aux soins pour raisons financières est la principale raison évoquée lorsque l'on interroge des personnes (Revil, 2018). L'accessibilité financière des soins dépend de plusieurs paramètres : le coût des soins, leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire, le fait de bénéficier d'une assurance complémentaire, le niveau de couverture de celle-ci, la possibilité d'avancer les frais et le niveau de revenu en général. Le renoncement aux soins de santé dépend également de facteurs spatio-temporels, tels que l'éloignement des médecins ou leurs délais d'attente, traduisant un déséquilibre entre demande de soins et offre. Les recherches sur l'impact de l'éloignement géographique sur la consommation de soins de santé montrent que les taux de recours aux services de santé sont plus bas lorsque la distance augmente (Com-Ruelle et al., 2016).

La DREES mène actuellement des travaux pour analyser les effets combinés des contraintes spatiales et financières et comprendre dans quelle mesure les effets de la pauvreté sur le renoncement aux soins peuvent être amplifiés par les contraintes d'accès aux soins²⁶. Une étude qualitative²⁷ en cours sur l'accès aux soins et les pratiques de recours montre que l'effet de la distance comme facteur de renoncement est plus complexe qu'une simple question de distance kilométrique et qu'il dépend de « l'espace vécu », lui-même dépendant notamment des caractéristiques socio-économiques des personnes.

D'autres facteurs peuvent être également source de renoncement, tels que le manque de temps, la peur du médecin, le fait d'« attendre que ça passe » ou de ne pas connaître de bons médecins, ou encore la distance sociale et culturelle à l'égard du système de soins.

²⁵ Sur la définition du renoncement aux soins, voir Després et al. (2011).

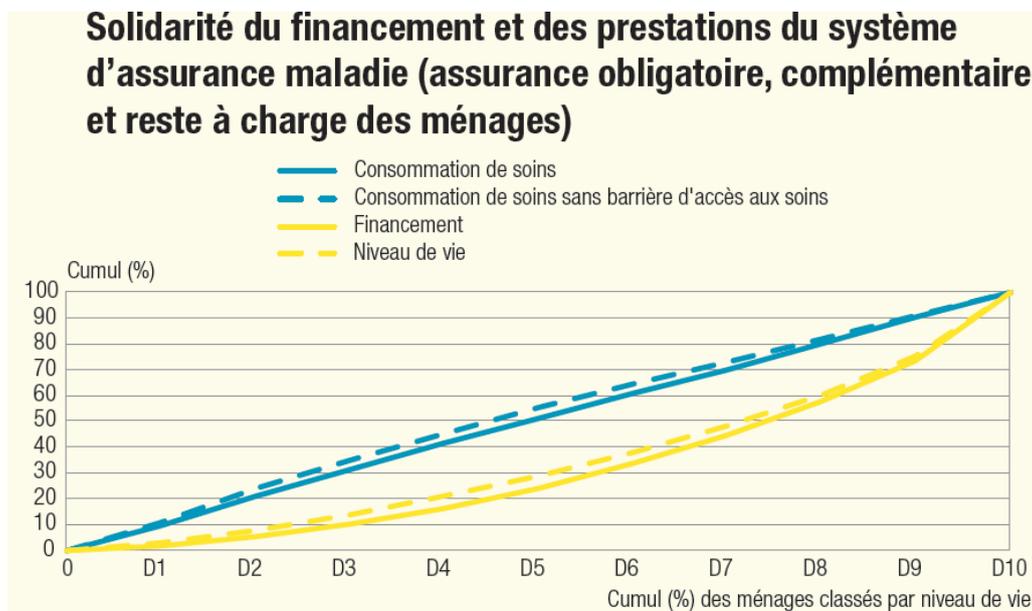
²⁶ Pour tenir compte de la disponibilité de l'offre de soins la DREES a développé un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Il s'agit d'un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins, défini au niveau de la commune, qui tient compte l'offre et la demande des communes environnantes.

²⁷ Étude réalisée par le cabinet ASDO pour la DREES, à paraître dans les collections de la DREES.

Approcher le renoncement aux soins par le moindre recours aux soins

Dans le cadre des travaux sur la solidarité opérée par le système de santé (Jusot *et al.*, 2017) mesurée à partir du modèle Ines-Omar de la DREES, on constate que la distribution des dépenses de santé est inégale selon la place des ménages dans l'échelle des niveaux de vie, et que la dépense est un peu plus élevée parmi les ménages modestes, ce qui peut en partie s'expliquer par des inégalités sociales de santé (voir graphique ci-dessous, courbe bleue en trait plein). Pour approcher la distribution des dépenses qui serait observée en l'absence de barrières d'accès aux soins, les dépenses de santé sont modélisées en fonction des besoins de soins (qu'on estime via l'état de santé, l'âge, le sexe) et du niveau de vie. On attribue alors à tous les individus la consommation qu'ils auraient eue s'ils avaient tous le même niveau de vie (par exemple celui des ménages aisés) conditionnellement à leur besoin de soins (courbe bleue en pointillés)²⁸. De cette façon, on peut estimer une consommation « en l'absence de barrières à l'accès aux soins liées au niveau de vie », qu'il s'agisse de renoncement pour raisons financières, d'une moins bonne couverture complémentaire (malgré des dispositifs d'aide à destination des ménages modestes tels que la CMU-C et l'ACS), ou encore de barrières culturelles ou informationnelles. En comparant cette consommation estimée et la consommation réelle, on peut en déduire que les individus avec des faibles niveaux de vie consomment moins que ce qu'ils auraient dû consommer s'ils avaient la même consommation que les autres ménages à besoin de santé donné.

L'avantage de cette approche avec simulation est de donner une mesure de l'écart à une situation d'équité horizontale dans la consommation de soins, sans la subjectivité ou le biais de mémoire inhérents aux enquêtes.



Lecture > La consommation de soins (courbe pleine bleue) est moins concentrée en bas de l'échelle des niveaux de vie que dans la situation où la consommation de soins ne dépend que du besoin de soins (courbe en pointillés). Les personnes appartenant aux 4 premiers déciles de niveau de vie (D1 à D4) consomment 42 % de l'ensemble des soins, tandis qu'en l'absence de barrière d'accès aux soins, elles en consommeraient 45 % en raison d'inégalités sociales de santé. Les barrières d'accès aux soins limitent donc la solidarité qui est d'autant plus importante que la courbe de concentration de la consommation de soins est éloignée au-dessus de la courbe de concentration du financement. Le financement est davantage concentré en haut de l'échelle des niveaux de vie que le niveau de vie lui-même (il est progressif) : sa courbe de concentration est en dessous de la courbe de concentration des niveaux de vie. Les personnes appartenant aux 4 premiers déciles de niveau de vie contribuent au financement à hauteur de 17 %, et concentrent 21 % du cumul des niveaux de vie.

Champ > Population vivant en France métropolitaine, en ménage ordinaire. Dépenses présentées au remboursement (y compris dépassements) en soins de ville et à l'hôpital (séjours MCO uniquement).

Source > INES-Omar 2012.

Mesurer le renoncement aux soins par la perception des besoins non satisfaits

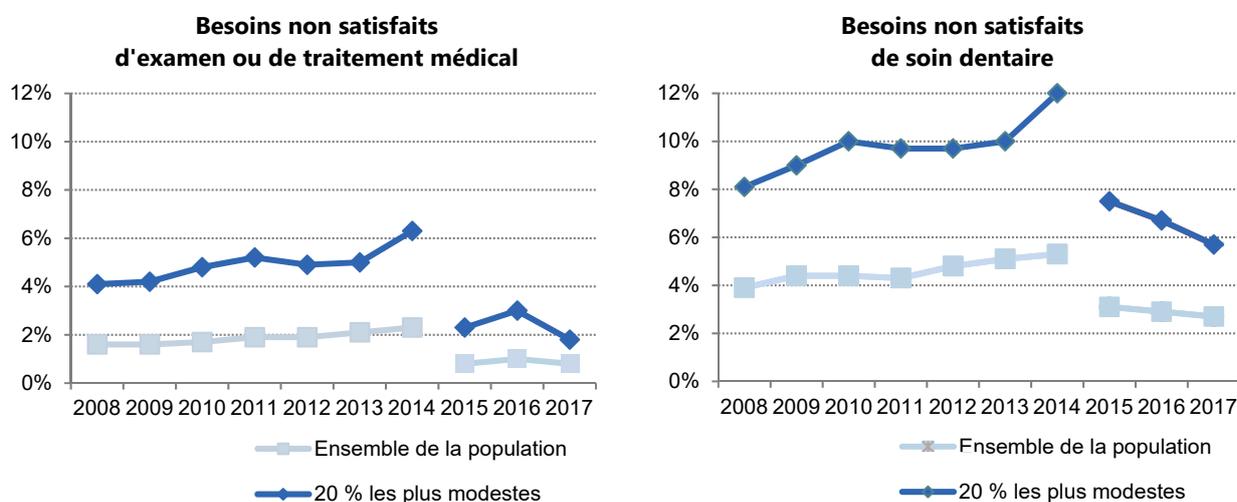
Pour mesurer le renoncement aux soins en population générale, deux principaux dispositifs européens coexistent : l'enquête santé européenne (EHIS), réalisée tous les 6 ans, et l'enquête SILC – SRCV (*Statistics on Income and*

²⁸ Pour ce faire, on modélise, à l'aide d'une régression linéaire, les dépenses de santé de chaque individu en fonction de son besoin de soins (état de santé, âge, sexe) et du niveau de vie de son ménage. On affecte ensuite à chaque individu le niveau de consommation qu'il aurait compte tenu de son besoin de soins observé et de ses caractéristiques observables, en neutralisant l'effet de son niveau de vie sur sa consommation.

Living Conditions – Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie), annuelle. Dans ces deux enquêtes, on mesure, avec des formulations un peu différentes, la part des personnes déclarant avoir renoncé à des examens ou des soins médicaux, alors qu'elles en éprouvaient le besoin. Le renoncement se mesure sur une période donnée « au cours des 12 derniers mois », et ne permet pas d'estimer l'intensité ni la gravité des soins non demandés : une personne ayant renoncé une fois dans l'année à consulter pour un problème de santé mineur et une autre qui n'est pas allée chez le médecin plusieurs fois durant la période, pour une maladie ou une blessure plus grave, sont comptabilisées toutes les deux comme ayant renoncé à au moins un soin sur la période.

Le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois pour raisons financières fait l'objet d'un indicateur, au sein d'une fiche rédigée par la DREES, pour les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) annexés au projet de loi de financement de la Sécurité sociale, au sein du programme « Maladie ». L'indicateur de renoncement aux soins est construit comme la différence entre la part des personnes ayant renoncé à au moins un soin pour raisons financières, parmi les 20 % les plus modestes, et celle calculée sur l'ensemble de la population, parmi les personnes âgées de 16 ans ou plus en France métropolitaine. Son évolution depuis 2008 est retracée par les graphiques suivants.

Besoins non satisfaits pour raisons financières (examen ou traitement médical et soin dentaire) : écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population



Note de lecture > En 2017, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à un examen ou traitement médical alors qu'elles en avaient besoin s'élève à 1,8 % chez les 20 % les plus modestes, soit 1 point de plus que dans l'ensemble de la population.

Source > SILC- SRCV 2008 – 2017.

Champ > France métropolitaine, population âgée de 16 ans ou plus.

La part des personnes confrontées à des besoins de soins médicaux non satisfaits pour raisons financières augmente entre 2008 et 2014, à raison de 0,1 à 0,4 point par an, passant ainsi de 1,6 % en 2008 à 2,3 % en 2014. Elle est plus importante pour les soins dentaires (entre 3,9 et 5,3 % sur la période), du fait de reste à charge élevé pour ces soins.

En 2015, date à laquelle une modification du questionnaire de SRCV a conduit à une rupture de série, 0,8 % de la population déclare n'avoir pas pu satisfaire pour raisons financières un besoin d'examen ou de soin médical. En 2016, ce taux s'élève à 1 %, pour revenir en 2017 à son niveau de 2015. Les évolutions 2015-2016 et 2016-2017 ne sont cependant pas significatives, compte tenu de la faible taille des échantillons.

Le renoncement des plus modestes à un examen ou traitement médical pour raisons financières est plus élevé que pour l'ensemble de la population. Ainsi, en 2008, la part d'individus ayant renoncé pour raisons financières à des examens ou traitements médicaux chez les 20 % les plus modestes était de 2,5 points supérieure à celle sur l'ensemble de la population, cet écart oscille entre 3 et 4 points pour les années 2010 à 2014. Malgré la rupture de série, un écart persiste de 2015 à 2017, sans que les évolutions ne soient significatives.

Concernant les soins dentaires, le taux de renoncement entre 2015 et 2017 sur l'ensemble de la population passe de 3,1 % à 2,7 % et sur la population des 20 % les plus précaires de 7,5 % à 5,7 % : ces évolutions soulignent la persistance de l'écart entre les plus précaires et l'ensemble de la population.

Travaux méthodologiques sur la sensibilité à la formulation des questions sur le renoncement

Mesurer le renoncement aux soins en interrogeant les individus sur leurs besoins de soins non satisfaits permet une approche plus directe des obstacles réels aux soins de santé mais introduit une part de subjectivité, propre aux enquêtes. Identifier le renoncement présuppose notamment d'avoir identifié un besoin, or la propension à identifier les besoins en soins n'est pas uniformément partagée au sein de la population : elle dépend notamment des connaissances médicales et de la vigilance face aux symptômes de morbidité, qui augmentent avec la proximité sociale avec le médecin.

Par ailleurs, les réponses apportées par les personnes interrogées sont particulièrement sensibles à la formulation et à l'enchaînement des questions, comme l'ont montré certaines études méthodologiques sur le sujet (voir notamment Legal, Vicard, 2015). En testant différentes formulations auprès de plusieurs échantillons tirés de façon aléatoire (*split sample*), on enregistre jusqu'à 15 points d'écart sur le taux de renoncement en fonction de l'ordre des questions et selon que les motifs de renoncement et types de soins soient ou non précisés d'emblée.

C'est pourquoi les résultats en niveau sont à interpréter avec précautions et les évolutions dans le temps ou les comparaisons entre sous-population doivent leur être préférées.

Des questions ont été introduites dans l'édition 2019 du Baromètre d'opinion de la DREES afin de tester par *split sample* l'effet de plusieurs formulations sur le renoncement aux soins reprises des formulations passées et à venir des enquêtes EHIS et SRCV, qui, en lien avec des demandes européennes et des réflexions méthodologiques, ont revu leur questionnaire sur ce sujet. Cette édition du Baromètre testera l'effet, sur les taux de renoncement aux soins déclarés, de filtrer en amont sur le besoin de soins, par rapport à une question non filtrée et où on ajoute une modalité pour ceux n'ayant pas de besoin. On testera aussi l'effet de la formulation entre une question qui porte sur « un examen ou traitement médical » et sur « voir un médecin pour des examens ou soins médicaux ». Ces effets seront analysés par la DREES courant 2020, et devraient permettre de mesurer l'impact de ruptures des séries, notamment liés aux changements de formulation entre différentes vagues de SRCV, sur les taux de renoncement aux soins.

Le non-recours aux aides sociales pour l'accès aux soins

Les dispositifs d'aide sociale à l'accès aux soins : CSS, CMU-C, ACS et AME

Plusieurs dispositifs existent afin d'améliorer la prise en charge financière des soins des personnes modestes et favoriser leur accès aux soins²⁹.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), créée en 2000, est un dispositif de protection complémentaire santé gratuite accordée pour une année aux personnes résidant en France de manière stable et régulière et ayant des ressources sur douze mois inférieures à un certain seuil (746 euros mensuels pour une personne seule vivant en France métropolitaine au 1^{er} avril 2019). La CMU-C prend en charge la part complémentaire des frais de soins, exonère ses bénéficiaires d'avance de frais et de franchises, et donne accès à un panier de soins à tarif opposable (panier de soins CMU-C). En juillet 2019, 5,8 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C (Fonds CSS, 2019).

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), mise en place en 2005, est une aide financière permettant de bénéficier d'une réduction pour l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé, destinée aux personnes ayant des ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35 %. Le montant de la réduction varie en fonction de l'âge du bénéficiaire. En juillet 2019, 1,3 million de personnes étaient couvertes par un contrat ACS (Fonds CSS, 2019).

La complémentaire santé solidaire (CSS) remplace depuis le 1^{er} novembre 2019 la CMU-C et l'ACS : le nouveau dispositif étend la couverture proposée par la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS. La couverture demeure

²⁹ Pour des présentations plus détaillées, voir notamment Barlet M., Gaini M., Legal R., Gonzalez L. (dir), Lapinte A., Pollak C. (coord) (2019) « [La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties](#) », *Panoramas de la DREES*, avril.

gratuite pour les personnes jusqu'au plafond de ressources de la CMU-C et est soumise à une participation financière pour les personnes disposant de ressources entre les plafonds de la CMU-C et de l'ACS. Le montant de la participation est variable en fonction de l'âge.

Enfin, l'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif créé en 2000 donnant accès à une assurance publique gratuite aux personnes en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Elle est octroyée selon des conditions de ressources identiques à celles permettant de bénéficier de la CMU-C. L'AME ouvre droit pour une année à un panier de soins pris en charge, légèrement plus restreint que le panier du régime général de l'assurance maladie, mais sans les participations financières prévues pour les assurés sociaux ne bénéficiant pas de la CMU-C. On compte aujourd'hui environ 311 000 bénéficiaires de l'AME³⁰.

Le non-recours à la CMU-C et l'ACS

La DREES estime chaque année, les ordres de grandeur du recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), à l'aide du modèle de microsimulation Ines (voir encadré 2 de la fiche 2).

L'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS est déterminée en fonction des caractéristiques du foyer (revenus déclarés, composition familiale...) et des prestations dont ils peuvent bénéficier, simulées dans le modèle Ines. Le taux de recours résulte alors du rapprochement entre le nombre de personnes éligibles (éventuellement ajusté pour tenir compte de la présence de contrats collectifs obligatoires d'entreprise non compatibles avec l'ACS) et le nombre de bénéficiaires observé par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire (ajusté au champ des ménages ordinaires de France métropolitaine, qui est celui du modèle Ines).

Les estimations sont présentées sous forme d'intervalles afin de rendre visible l'imprécision liée à l'ensemble des hypothèses nécessaires pour simuler l'éligibilité à ces deux prestations³¹.

Ainsi en 2018, le taux de recours à la CMU-C est estimé entre 56 % et 68 %.

Cette imprécision est plus importante pour l'ACS car les ressources nécessaires pour en bénéficier se situent dans une tranche de revenus relativement étroite. Le nombre de foyers concernés est ainsi limité, et une part importante d'entre eux se situe en lisière des seuils d'éligibilité. Le taux de recours est alors estimé entre 33 % et 47 %.

Cependant cette estimation ne prend pas en compte le fait qu'une partie des éligibles sont déjà couverts par une complémentaire santé de leur entreprise. Depuis 2016³², toutes les entreprises ont l'obligation de mettre en place des contrats collectifs obligatoires en faveur de leurs salariés. Ceux-ci ne peuvent alors bénéficier de l'ACS que s'ils demandent une dispense d'adhésion. Un autre taux de recours à l'ACS peut alors être proposé. Pour être calculé, il requiert de faire l'hypothèse selon laquelle aucun bénéficiaire de contrat collectif ne serait éligible à l'ACS (ce qui exclurait 24 % des éligibles à cette prestation)³³. Ainsi, en considérant les bénéficiaires d'un contrat collectif comme non éligibles à l'ACS, le taux de recours en 2018 est situé entre 43 % et 62 %. C'est généralement sur ce taux que communiquent le Fonds CSS et les acteurs publics pour que le « non-recours » n'inclue pas les personnes déjà couvertes par leur complémentaire d'entreprise.

³⁰ Source : CNAM, bases administratives (in Wittwer *et al*, 2019, « Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France: L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue », Questions d'économie de la santé, Irdes, n°243, novembre.)

³¹ La base des ressources prise en compte pour simuler l'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS est en effet très large et intègre un certain nombre de prestations sociales simulées au préalable par le modèle.

³² Suite à l'entrée en vigueur de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi faisant suite à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.

³³ D'après l'enquête SRCV, on estime à 24 %, à partir de 2017, la part de bénéficiaires d'un contrat collectif parmi les personnes du premier quintile de niveau de vie (dont les revenus correspondent approximativement aux personnes éligibles à l'ACS).

Encadré 1 • Les motifs de non-recours à la CMU-C et à l'ACS

Le non-recours à la CMU-C et à l'ACS a également fait l'objet de travaux qualitatifs visant à en comprendre les motifs. Pour les plus récents, on peut notamment citer pour la CMU-C les travaux menés en 2016 par l'ODENORE visant à actualiser les explications du non-recours à la CMU-C (Fonds CMU-C, 2016). Ils mettent certes en évidence un non-recours par non-connaissance du dispositif, surtout parmi les plus jeunes. Toutefois, le principal motif est la non-demande, en partie imputable à la complexité de l'accès au droit. Le non-renouvellement est relativement fréquent, une partie de non-recourants ayant déjà bénéficié de la CMU-C par le passé. Enfin, l'illettrisme est un facteur de non-demande (démarches), bien plus que de non-connaissance. Pour l'ACS, les travaux les plus notables sont les résultats d'une enquête menée auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 (Guthmuller S. *et al.*, 2014), complétés plus récemment par une étude qualitative menée en 2016 par le CRÉDOC et visant à caractériser la population éligible à l'ACS et l'incidence du parcours de vie sur les conditions d'accès au dispositif (Fonds CMU-C, 2017).

Le non-recours à l'AME

La DREES a conduit une enquête en 2007 auprès des bénéficiaires et bénéficiaires potentiels de l'Aide médicale d'État (AME) interrogés dans des lieux de soins (Boisguerin, 2008, 2011). Ces données ont permis d'apporter un éclairage sur les conditions de vie, d'accès aux droits et aux soins des personnes enquêtées. Depuis, plusieurs rapports administratifs (Inspection générale des affaires sociales-Inspection générale des finances, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale, Commission des finances, Défenseur des droits) ont apporté des éléments concernant le cadrage budgétaire, la mise en œuvre du dispositif, ses éventuels dysfonctionnements (abus, fraude, refus de soins...).

Selon une étude plus récente menée à partir de l'enquête Premiers Pas (encadré 2), seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME en 2019 (Jusot *et al.*, 2019). Près de la moitié des personnes sans titre de séjour déclarant souffrir de pathologies nécessitant des soins, comme le diabète ou les maladies infectieuses, ne sont dans les faits pas assurées pour la santé, ni par l'AME, ni par l'assurance maladie de droit commun. Le recours à l'AME est un peu plus important chez les 10 % ayant cité la santé parmi leurs motifs de migration. Il est cependant assez peu corrélé aux problèmes de santé, en dehors des troubles musculo-squelettiques. Le recours à l'AME augmente avant tout avec la durée de séjour sur le territoire. Les résultats suggèrent que la plupart des migrants ont peu de connaissances de l'AME et n'ont pas tous la capacité à se saisir d'un dispositif complexe : un tiers des non-recourants n'en ont jamais entendu parler et, parmi les autres, l'absence ou l'abandon des démarches s'expliquent en grande partie par le manque d'information sur les démarches ou leur complexité, ou par l'incapacité à fournir l'ensemble des justificatifs. Même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME.

Encadré 2 • L'enquête Premiers pas (2019)

Dans le cadre d'un projet pluridisciplinaire mené notamment par des équipes des Universités de Bordeaux, Paris Dauphine et l'Irdes, une enquête spécifique sur le recours à l'AME a été conduite, l'enquête Premiers pas.

Elle vise à mieux connaître la population des personnes éligibles à l'Aide médicale de l'État (AME), en particulier leur accès à l'AME et aux services de santé (Dourgnon *et al.*, 2019). Elle recueille des informations sur le parcours de migration, l'état de santé, l'accès à l'assurance et le recours aux soins d'un échantillon de personnes en situation irrégulière, c'est-à-dire sans titre de séjour et n'ayant pas engagé de demande d'asile. Elle a été réalisée de février à avril 2019. En raison de la difficulté d'établir un plan de sondage sur la population des personnes en situation irrégulière, par définition difficile à repérer et dont le nombre est inconnu, un protocole dit « souple » a été mis en place. Il a été mené en 2 étapes, en identifiant d'abord les structures proposant des services d'aides à des sans-papiers à Paris intra-muros et Bordeaux. Parmi 728 structures sollicitées, 63 structures ont participé à l'enquête, il s'agit de structures publiques ou associatives proposant des services d'accès aux droits, de soins, sanitaires, des cours de français ou activités culturelles, d'alimentation, de domiciliation administrative, et recevant au moins 20 usagers éligibles par semaine. Dans ces structures, 1 223 entretiens ont été réalisés, dont 1 083 avec des personnes éligibles à l'AME (présents en France depuis plus de 3 mois). Étant donné ce protocole, l'enquête vise à être représentative des adultes éligibles à l'AME usagers des services d'aide. Des personnes éligibles mais non utilisatrices de ces structures, notamment les publics les plus marginalisés ou pris en charge par leur communauté, ne font donc pas partie de la population enquêtée. Les dimensions abordées lors de l'entretien sont la santé, la situation individuelle et familiale, le parcours migratoire, l'AME, et le recours aux soins. Il s'agit d'une population plutôt jeune (mais pas seulement), plutôt masculine (65 %), avec une proportion substantielle de présents depuis plus de 5 ans, et pour majorité en précarité alimentaire.

Les effets de la CMU-C sur le recours et l'accès aux soins

D'après une étude de la DREES à partir des données de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2012, appariées aux données de dépenses de santé du système national d'information interrégime de l'Assurance maladie (SNIRAM) (Jess, 2015), être bénéficiaire de la CMU-C augmente fortement la probabilité de recourir aux soins (+6 points), et ce dans les mêmes proportions qu'un autre contrat de complémentaire santé. Seuls les recours aux hospitalisations de courte durée et aux soins dentaires prothétiques ne sont pas impactés par la CMU-C. Celle-ci augmente aussi l'intensité de la dépense de santé en cas de recours aux soins : +43 % sur les médecins généralistes ainsi qu'en pharmacie, +67 % en dentaire. Néanmoins les dépenses d'optique sont inférieures de 66 %, sous l'effet du dispositif de panier de soins aux prix encadrés. Enfin, être bénéficiaire de la CMU-C permet de diviser par deux la probabilité de renoncer à des soins pour raisons financières, soit autant que la souscription à une autre complémentaire santé, ce rôle protecteur étant particulièrement marqué pour les soins dentaires et l'optique. L'ensemble de ces résultats sont obtenus en contrôlant les caractéristiques sociodémographiques, ainsi que l'état de santé des enquêtés.

Encadré 3 • Accès et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

Sur la question de l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, une étude réalisée en 2019 à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU a mesuré par « testing »³⁴ auprès de trois spécialités médicales les refus de soins discriminatoires à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (Chareyron S. et al, 2019). Les résultats mettent en évidence une forte discrimination selon la situation de vulnérabilité économique (correspondant au fait d'être bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS), dans les trois spécialités médicales testées. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Une analyse toutes choses égales par ailleurs révèle que ces discriminations sont plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C. Ces différences peuvent renvoyer soit à la méconnaissance de l'ACS, soit encore aux difficultés administratives et aux délais de remboursement supérieurs qui sont anticipés par les professionnels de santé. Les discriminations sont par ailleurs plus marquées en secteur 2 qu'en secteur 1. Enfin, leur intensité est variable selon les régions, avec une fréquence plus élevée en Île-de-France, indépendamment de la densité médicale locale (mesurée par le nombre de spécialistes de chacune des trois spécialités rapportées au nombre d'habitants à l'échelle de la commune).

Enfin, le recours aux soins des populations éligibles à la CMU-C et l'ACS a également donné lieu récemment à une étude du CREDOC, réalisée dans le cadre de son enquête sur les conditions de vie et aspirations des ménages, afin de caractériser les bénéficiaires actuels et potentiels de la CMU-C et de l'ACS, d'identifier leur interlocuteur privilégié en cas de préoccupation pour leur santé et de mieux connaître leurs pratiques en matière d'automédication (Fonds CSS, 2019).

Pour en savoir plus

Boisguérin B., Haury B. (2008) « [Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins](#) », *Études et Résultats*, DREES, n°645, juillet.

Boisguérin B. (2011) « [Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide](#) », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n°19.

Com-Ruelle, L., Lucas-Gabrielli, V., Pierre, A. et Coldefy, M. (juin 2016). « [Recours aux soins et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale des soins](#) ». *Question d'économie de la santé*, IRDES, 219.

Rapport du Défenseur des droits et du Fonds CMU (2019) « [Les refus de soins discriminatoires liées à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests dans trois spécialités médicales en France](#) », Étude de Chareyron S., L'Horty Y. et Petit P., *Études et résultats*, octobre.

Després C., Dourgnon P., Fantin R. Jusot F., (2011), « [Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique](#) », *Question d'économie de la santé*, n°169.

Direction de la sécurité sociale (2019), [Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, Annexe 1, Programme de qualité et efficacité « maladie »](#), PLFSS 2020.

³⁴ Le « testing » est une méthode expérimentale utilisée pour déceler une situation de discrimination. On compare par exemple le comportement d'un tiers envers deux personnes ayant exactement le même profil pour toutes les caractéristiques pertinentes, à l'exception de celle que l'on soupçonne de donner lieu à discrimination

- Dourgnon P., Guillaume S., Jusot F., Wittwer J. (2019) « Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'Etat des personnes sans titre de séjour: l'enquête Premiers pas », Questions d'économie de la santé, Irdes, n°244, novembre.
- Rapport du Fonds CMU (2016), « Le non-recours à la Couverture maladie universelle Complémentaire : enquête auprès de populations précaires », Étude de Chauveaud C. et Warin P., novembre.
- Rapport du Fonds CMU-C (2017) « La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours », Étude du CREDOC, Alberola E., Brice L., Maes C., Muller J., mai.
- Rapport du Fonds CMU-C (2019) « Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2019 », Étude du CREDOC, Berhuet S. et Crouette P.
- Fonds CSS (2019), Lettre Références CMU, n°77, octobre.
- 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 », Questions d'économie de la santé, n°195, Irdes, février.
- Jess N. (2015) « Les effets de la couverture universelle complémentaire sur le recours aux soins », Études et Résultats, n°944, DREES, décembre.
- Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. (2019) « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France: premiers enseignements de l'enquête Premiers pas », Questions d'économie de la santé, Irdes, n°245, novembre.
- Jusot, F., Legal R., Louvel, A., Pollak C., Shmueli A. (2017) « Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? » ; *Études et Résultats* n°1005
- Lapinte, A. (2018), « Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières », *ADSP* n°102
- Legal, R. et Vicard, A. (2015). « Renoncement aux soins pour raisons financières : le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation des questions ». *Dossiers Solidarité Santé*, 66.
- Revil, H., 2018, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. » *Regards*, Revue de l'EN3S, n°53.

■ FICHE 7 - L'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION DU RENDEZ-VOUS DES DROITS « ÉLARGI » DES CAF

Le « rendez-vous des droits » des Caf, un guichet unique pour réduire le non-recours

Depuis 2014, la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) s'est engagée dans une action ambitieuse pour réduire le non-recours aux prestations sociales à travers un nouveau dispositif : le « rendez-vous des droits ». Selon la logique du guichet unique³⁵, les caisses d'allocations familiales (Caf) proposent à leurs allocataires les plus vulnérables un entretien personnalisé pour faire le point sur un grand nombre de droits sociaux, gérés ou non par les Caf.

Une enquête spécifique a été réalisée en 2016 à la demande de la Cnaf pour étudier l'incidence de ces rendez-vous pour les bénéficiaires, que ce soit en matière d'information, d'accompagnement ou d'ouverture de droits. D'après cette enquête, en moyenne, en mars 2016, 63 % des personnes informées qu'elles pouvaient bénéficier d'au moins un droit lors du rendez-vous en ont ouvert un dans les trois mois. Parmi l'ensemble des rendez-vous, quatre personnes sur dix ont ouvert un droit à la suite de l'entretien. C'est le cas de trois quarts de celles dont la demande de RSA était en cours d'instruction, d'un tiers de celles reçues après un événement difficile et de moins d'un quart des personnes dans d'autres situations. En revanche, pour une personne sur cinq, au moins une des démarches administratives évoquées pendant le rendez-vous n'a pas été poursuivie.

Élargi à titre expérimental en 2017, il a donné lieu à la mise en place d'un véritable cadre d'évaluation

L'enquête de la Cnaf de 2016 ne permet cependant pas d'établir un effet du rendez-vous des droits « toutes choses égales par ailleurs » car il n'est pas possible de savoir ce qu'auraient fait ces personnes si elles n'avaient pas bénéficié de ce rendez-vous.

Ce dispositif a été étendu à titre expérimental à des demandeurs d'emploi en début ou fin de droits avec des ressources faibles, dont 42 % n'étaient pas connus des Caf. Et l'expérimentation a été assortie d'un dispositif permettant d'évaluer son effet propre en matière de lutte contre le non-recours³⁶. Pour établir un effet causal du rendez-vous sur le recours aux droits, l'expérimentation utilise une méthode d'évaluation aléatoire : un échantillon test, auquel un « rendez-vous des droits » a été proposé *via* un courrier d'invitation, est comparé à un échantillon témoin, auquel ce rendez-vous n'a pas été proposé.

La participation à un rendez-vous des droits augmente de près d'un tiers la part des personnes ouvrant un nouveau droit dans les six mois

Les « rendez-vous des droits élargis » ont été réalisés au dernier trimestre 2017 dans l'ensemble des Caf de France métropolitaine. Plus de 25 000 invitations ont été envoyées et près de 5 500 « rendez-vous des droits » ont été réalisés.

Parmi les personnes invitées, la participation au rendez-vous a été de 21 %. Elle dépend du coût, matériel ou psychologique, d'accès aux CAF. Ainsi, les personnes à qui un rendez-vous téléphonique a été proposé ont été 10 % plus nombreuses à participer au rendez-vous, et ces rendez-vous téléphoniques ont été aussi efficaces que les rendez-vous en présentiel en termes d'ouverture de droits. De plus, les personnes qui habitent loin de leur Caf

³⁵ Des expériences de guichets uniques avaient déjà été mises en place, notamment par la MSA en 2008 (« rendez-vous prestations MSA »).

³⁶ Pilotée par la DREES, l'expérimentation et son évaluation ont été menées en collaboration avec Pôle Emploi, la Cnaf et l'École d'économie de Paris et financées par la Commission européenne.

ou qui n'ont jamais eu de contact avec les Caf ont été moins enclines à participer au rendez-vous. En revanche, les courriers d'invitation visant à améliorer l'information ou à lutter contre le « stigma » n'ont pas eu d'effets différents de ceux du courrier neutre, que ce soit en termes de participation au rendez-vous ou d'ouverture de droits.

Le rendez-vous des droits a eu globalement un effet positif fort sur l'ouverture de nouveaux droits. Le fait d'appartenir à l'échantillon test (personnes invitées au rendez-vous, qu'elles y participent effectivement ou non) augmente de 1,8 point de pourcentage la proportion de personnes ayant ouvert un nouveau droit dans les six mois, cette part étant de 26,7 % en moyenne dans l'échantillon témoin (personnes non invitées au rendez-vous). Pour les 21 % de personnes de l'échantillon test qui ont effectivement participé à un rendez-vous des droits, cette proportion est plus élevée de 8,4 points de pourcentage. On ne peut pas conclure de ce dernier résultat que si les demandeurs d'emploi bénéficiaient tous d'un rendez-vous des droits, la part de ces personnes ouvrant un nouveau droit dans les six mois augmenterait de 8,4 points car les personnes qui se rendent au rendez-vous et celles qui ne font pas ne présentent pas les mêmes caractéristiques (en termes de droits potentiels aux prestations notamment). Un tiers de ces nouveaux droits ouverts grâce au rendez-vous sont des droits transitoires, dont les personnes ne bénéficient plus six mois après les rendez-vous.

Les rendez-vous favorisent l'ouverture de droits au RSA, à la prime d'activité et aux allocations logement mais pas à la CMUC ni à l'ACS

Cet effet positif du rendez-vous des droits sur le recours aux prestations sociales est principalement dû à l'ouverture de droits au revenu de solidarité active (RSA), à la prime d'activité ainsi qu'aux allocations logement, pour lesquelles on suppose pourtant souvent un taux de non-recours faible. La participation au rendez-vous augmente notamment de moitié la part des personnes ouvrant un nouveau droit au RSA ou à la prime d'activité pendant les six mois considérés. Cet effet est principalement le fait des demandeurs d'emploi en fin de droit. En revanche, la participation au rendez-vous n'a pas eu d'effet significatif sur l'ouverture aux prestations non gérées par les Caf, en l'occurrence celles gérées par l'Assurance maladie (couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C, et aide à la complémentaire santé, ACS).

L'impact positif du rendez-vous des droits tiendrait en grande partie à l'aide apportée dans le remplissage des demandes de prestations

Parmi les bénéficiaires d'un rendez-vous des droits qui ont abordé au moins une prestation alors qu'ils étaient *a priori* éligibles, la moitié n'a pas rempli la demande, que ce soit pendant ou après l'entretien. La plupart du temps, ces personnes invoquent la complexité des démarches – la complexité, le manque de temps, le manque de pièces justificatives – comme raison à cette non-demande. Lorsque les bénéficiaires du rendez-vous ont ouvert un nouveau droit, la demande a le plus souvent été complétée pendant l'entretien et non après.

Plusieurs de ces résultats conduisent à penser que l'impact positif du rendez-vous des droits tient en grande partie à l'accompagnement qui est réalisé pendant cet entretien. De fait, la part de personnes ayant ouvert un nouveau droit suite au rendez-vous est plus élevée lorsque l'agent Caf les a aidées à entamer les démarches que lorsqu'il les a simplement informées.

Par ailleurs, au-delà de l'ouverture de droits, le rendez-vous des droits constitue un moment d'échange privilégié apprécié par les bénéficiaires, qui permet une meilleure connaissance des prestations et une plus grande familiarité avec les institutions, facteurs de nature à limiter les situations de non-recours ou d'indus à plus long terme. Il permet également d'aborder de nombreux autres droits, notamment des aides extra-légales, et la situation de l'ensemble de l'environnement familial du bénéficiaire. Les bénéficiaires du rendez-vous des droits peuvent donc être de plus long terme et s'étendre à un champ plus large que celui pris en compte dans l'étude.

Pour en savoir plus

Antunez K., Castell L., Perron-Bailly E. (2019), Les rendez-vous des droits des Caf : quels effets sur le non-recours ? , Enseignements de l'expérimentation des « rendez-vous des droits élargis », *Dossier de la DREES*, n°47, janvier 2020.

Castell L., Perron-Bailly E. (2018), Lutte contre le non-recours : 63 % des personnes pouvant bénéficier d'une prestation sociale y accèdent après un rendez-vous des droits, *Études et résultats*, n°1058, avril 2018.

Courrelongue E., Thomas V. (2017), Le rendez-vous des droits des caisses d'Allocations familiales, *L'E-ssentiel*, Cnaf, n°168.

Les dossiers de la DREES

N° 57 • juin 2020

Le non-recours aux prestations sociales

Directeur de la publication
Fabrice Lenglard

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

ISSN
2495-120X



La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.

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