



**HAL**  
open science

## Entre mise en visibilité et invisibilité : le cas de la santé.

Hélène Revil, Antoine Rode

### ► To cite this version:

Hélène Revil, Antoine Rode. Entre mise en visibilité et invisibilité : le cas de la santé.. Le non-recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles. Un état de la question, Jun 2010, Meylan, France. halshs-00493653

**HAL Id: halshs-00493653**

**<https://shs.hal.science/halshs-00493653>**

Submitted on 21 Jun 2010

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

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

**Le non-recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles**

***Un état de la question***

Session 1 : Les catégorisations administratives et professionnelles du non-recours

*Entre mise en visibilité et invisibilité : le cas de la santé*

---

**Titre : Entre mise en visibilité et invisibilité : le cas de la santé.**

Auteurs : Héléna Revil, doctorante Science Po Grenoble, laboratoire CNRS PACTE, Antoine Rode, chercheur associé à PACTE.

**Sources :**

Chauveaud C., Rode A., Warin P. « Le non-recours aux soins des actifs précaires », Working-Paper n°2, ODENORE, Grenoble, 2010.

Revil H. « Le non-recours à la protection complémentaire santé gratuite ou aidée », Working-Paper n°5, ODENORE, Grenoble, 2010.

Revil H. *La construction d'une politique de lutte contre le non-recours aux droits. Le cas de l'accès à la protection complémentaire santé gratuite ou aidée*. Préparation de la thèse de doctorat de science politique. Université Pierre Mendès France, Science Po Grenoble, en cours.

Rode A. *Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions de normes*. Thèse de doctorat de science politique. Université Pierre Mendès France, Science Po Grenoble, 2010.

« L'impératif d'accès aux droits suscite l'introduction de nouvelles méthodes pour régler les rapports entre les structures et leur environnement. En témoigne notamment le recours à de nouveaux instruments de connaissance du milieu » [Borgetto, 2004].

***Invisibilité du non-recours et besoin de connaissances***

Par définition, lorsque nous parlons de non-recours, nous aurions affaire à des populations « invisibles » puisque ne fréquentant pas les institutions sanitaires et sociales pour faire valoir leurs droits. Les premiers travaux réalisés sur le non-recours par des chercheurs ou des institutionnels reviennent tous sans exception sur ce point et s'accordent pour faire de l'invisibilité du phénomène un obstacle important à sa prise en compte<sup>1</sup>. Avec le non-recours se pose ainsi la question du repérage des individus ou des populations concernés et, par la même, de la production d'informations sur le phénomène.

« *Informier le non-recours pour le connaître et asseoir ainsi les bases d'une intervention* » : c'est en ces termes que B. Fragonard, l'un des acteurs interrogés dans le cadre de nos thèses, abordait la question de la nécessaire connaissance du phénomène. La connaissance viserait ainsi à relier différentes informations – quantitatives et qualitatives – sur le non-recours et à les interpréter pour penser les termes d'une action publique. De manière unanime, les acteurs institutionnels insistent sur ce besoin d'informations et de connaissances.

Cela se constate particulièrement dans le champ qui concerne nos deux thèses, celui de la santé. Plus précisément, nous travaillons sur le non-recours aux droits en matière de complémentaire santé gratuite ou aidée (Couverture maladie universelle complémentaire CMU C et Aide complémentaire

---

<sup>1</sup> Nous pensons aux travaux de la CNAF, de J.L. Outin, d'A. Math, de D. Bouget, d'A. Reinstadler, de P. Warin ou de M.O. Simon. Nous présenterons ces travaux dans nos développements sur la question de l'invisibilité.

santé ACS) et sur le non-recours aux soins. En France, plusieurs acteurs institutionnels nationaux et locaux – Assurance maladie, CETAF, Fonds CMU, organismes locaux de Sécurité sociale – ont progressivement porté de l'intérêt à ces formes de non-recours<sup>2</sup>. Il ne s'agit pas de revenir ici sur les raisons de cet intérêt mais de dire que ces acteurs ont voulu connaître ce qu'ils ont, peu à peu, considéré comme *un problème nécessitant une réponse publique*. Dans ce cadre, ils ont construit, en partenariat avec l'ODENORE, des outils ou des protocoles d'enquête particuliers pour informer le non-recours.

Cette communication vise à déterminer ce qui, dans le non-recours aux soins et aux droits en matière de complémentaire santé, a été rendu visible, les informations qui ont été mobilisées par les acteurs institutionnels et celles qui ont été « invisibilisées ». **Car il apparaît, et c'est là notre constat principal, que si les outils construits pour mettre en visibilité le non-recours « donnent à voir » certains de ces aspects, ils laissent également dans l'ombre une part du phénomène.** L'outillage du non-recours, en incorporant certaines informations plutôt que d'autres, en obligeant à des choix techniques, participe nécessairement à la constitution d'un spectre de visibilité [Blanc, 2008].

### ***Des outils de connaissance du non-recours***

Nous souhaitons revenir sur deux exemples d'outils/ protocoles d'enquêtes construits pour mettre en visibilité le non-recours, d'une part, aux soins et, d'autre part, à la CMU C/ ACS. A l'heure actuelle, dans la mesure où les systèmes d'informations et les bases de données des organismes agissant dans le secteur de la santé ne sont pas préparés à des opérations de repérage du non-recours, la production de connaissances relève de « l'artisanat » [Warin, 2007] ou du « bricolage » [Revil, 2008].

#### ✓ L'exploitation secondaire d'une base de données pour approcher le non-recours aux soins

Le premier exemple est celui du CETAF qui a collaboré avec l'ODENORE dans le cadre de l'étude « NOSAP » où étaient analysées les relations entre non-recours aux soins et cumul de précarités d'emploi, de revenus et de protection sociale.

Les variables approchant le non-recours aux soins, sur lesquelles la connaissance du phénomène est assise, ne proviennent pas d'une création *ad hoc*, mais sont une retraduction de variables déjà existantes. En effet, le CETAF est parti de trois variables<sup>3</sup> présentes dans la base de données qu'il gère, alors que nous avons fait l'hypothèse que cet acteur de l'Assurance maladie aurait défini le non-recours en s'appuyant sur des recommandations médicales – du même type que celle préconisant la consultation annuelle d'un dentiste.

Nous observons ainsi un certain « bricolage » dans la constitution de données statistiques et épidémiologiques sur le non-recours aux soins : les variables sélectionnées l'ont été dans un cadre contraint et ce bien qu'elles aient plusieurs limites, reconnues par le CETAF.

#### ✓ Un outil de quantification et de repérage du non-recours à la CMU C/ ACS

Le second outil évoqué ici a été construit dans le cadre d'une expérimentation locale dans le département de l'Isère. Plusieurs acteurs y ont participé : CPAM, CAF, CRAM Rhône-Alpes et ODENORE. Une première phase de test sur les bases de données de la CPAM de Grenoble avait démontré qu'il était difficile de réaliser des opérations de repérage du non-recours à partir des seules bases des Caisses primaires.

---

<sup>2</sup> Ce ne sont certes pas les seuls acteurs à s'intéresser au non-recours et à tenter de le rendre le visible ; pensons par exemple à Médecins du monde ou à l'ONPES.

<sup>3</sup> Ces trois variables sont les suivantes : absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un médecin (généraliste ou spécialiste) ; absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un dentiste ; absence de suivi régulier, une fois par an, sur le plan gynécologique.

L'outil consiste donc en un partage d'informations entre organismes locaux de Sécurité sociale : la CAF effectue à partir des informations qu'elle détient sur ses publics (allocataires du RMI, de l'AAH et de l'API notamment) un ciblage de l'éligibilité potentielle à la CMU C et à l'ACS, puis fournit les données à la Caisse primaire qui effectue, dans un second temps, le repérage du non-recours par un recoupement avec ses propres informations.

A partir des fichiers de bénéficiaires potentiels fournis par la CAF - résultant d'un calcul de ressources pour chaque allocataire<sup>4</sup> -, la CPAM peut regarder si ces bénéficiaires ont ou non la CMU C, une autre complémentaire ou une absence de contrat<sup>5</sup>. Par ailleurs, par un recoupement spécifique avec sa « Base ressources », la Caisse primaire est en mesure de dire si les bénéficiaires potentiels détectés par la CAF ont ou non demandé l'ACS et obtenu un accord pour cette aide.

### ***Mise en visibilité et premiers « traitements » du non-recours***

Avec cet outillage, quelles informations ont été produites sur le non-recours ? En l'occurrence et d'une manière générale, ce sont des informations quantitatives qui ont été construites. Parallèlement, les outils ont permis de détecter des individus se trouvant en situation de non-recours et auprès desquels il était alors possible d'agir, par exemple par l'envoi de courriers d'information sur l'ACS. Enfin, avec un outil tel que celui mobilisé par le CETAF, des cibles – des populations davantage exposées au risque de non-recours – ont été identifiées, cibles vers lesquelles les acteurs concentrent les efforts de l'action publique. Concrètement, sur cette base, le CETAF propose des pistes de partenariats locaux entre les centres d'examen de santé et différents services (la médecine du travail pour cibler les « travailleurs pauvres », les services universitaires pour les « étudiants en difficultés socio-économiques »...) de manière à « recruter » (selon le terme indigène) les populations en marge du système de soins et à leur proposer un examen de santé.

La production de ces différentes informations a permis aux acteurs de démontrer la réalité du non-recours et d'apporter ainsi la preuve que l'accès au système de protection – ici en matière de santé – n'est pas universel. Cela a contribué à faire du non-recours aux soins et aux droits en matière de complémentaire santé des *problèmes sur lesquels agir*. Parallèlement, dans un système d'Etat-Providence de plus en plus axé sur la performance et davantage attentif au suivi des résultats, les acteurs ont pu voir dans l'évaluation quantitative du non-recours un indicateur d'effectivité et de résultat de l'action publique. Enfin, dans un contexte de restriction budgétaire, l'identification de cibles a contribué à resserrer progressivement les interventions sur « ceux qui en ont le plus besoin ». En l'occurrence, nous remarquons que le problème ainsi constitué et sur lequel les interventions portent est celui des populations dites précaires ou vulnérables. **Nous pouvons dire que les interventions relèvent d'une logique curative visant à traiter les situations de non-recours sur un mode principalement administratif.**

Aujourd'hui, il n'est donc plus possible de dire que le phénomène de non-recours n'est pas outillé et qu'il serait symptomatique d'une « myopie » des institutions, contrairement à ce que relevaient à juste titre les premiers travaux sur le non-recours [Warin, 2004]. La vision que nous en avons s'est améliorée mais elle demeure encore partielle et restrictive. La période qui s'ouvre va vraisemblablement voir cette connaissance et cette visibilité s'accroître.

### ***Percevoir dans le non-recours l'expression d'une critique de l'offre***

Il est important de revenir sur ce que les outils n'ont, pour l'instant, permis de rendre visible ou alors de manière superficielle. En l'état, ils ne permettent pas de percevoir la complexité des explications du phénomène ni de comprendre le sens des situations de non-recours. Nos enquêtes de

---

<sup>4</sup> Exceptés pour les allocataires du RMI qui ont du fait de leur statut droit à la CMU C. Aucun calcul de ressources n'est donc nécessaire pour leur ouvrir ce droit, ils doivent uniquement en faire la demande auprès de la CPAM.

<sup>5</sup> Pour les allocataires sans contrat, il est possible que ceux soit effectivement en non-recours mais il est également envisageable qu'ils aient souscrit une complémentaire auprès d'un organisme non équipé du système Noémie. Pour ces allocataires, la CPAM n'a donc pas connaissance par voie informatique de cette complémentaire.

terrain démontrent que les informations relatives au non-recours peuvent également être compréhensives et porter sur les explications apportées par les non-recourants sur leurs situations. Revenons sur chacune de ces deux dimensions.

Si l'outil de repérage du non-recours à la CMU C et à l'ACS a été construit et mobilisé d'une certaine manière par les organismes de Sécurité sociale, il nous a également permis dans le cadre de nos travaux de déployer des enquêtes par questionnaires et par entretiens auprès des non-recourants. Les acteurs institutionnels locaux et nationaux quant à eux ont, pour l'instant, présumé des explications du non-recours ; c'est le cas de l'une des raisons qui apparaît centrale dans le non-recours à la CMU C et à l'ACS : celle *du manque d'information* sur les droits. Si cette explication ressort bien de nos travaux, ceux-ci démontrent également la complexité des problèmes liés à l'information concernant les droits à la complémentaire santé et tout l'intérêt d'observer de plus près l'influence de ce facteur informationnel afin d'affiner le non-recours par *non-connaissance*<sup>6</sup>.

Parallèlement, les données chiffrées produites sur le non-recours dans le domaine de la santé ont laissé échapper la signification que prennent les situations de non-recours pour les personnes concernées. Il ne s'agit pas de dire que tous les outils statistiques ne sont pas adaptés à une démarche compréhensive [Martuccelli et de Singly, 2009], mais ceux qui ont, pour l'instant, été pensés autour du non-recours ne l'ont pas été dans cet objectif. L'exemple le plus significatif est celui du non-recours aux soins. Les entretiens qualitatifs démontrent bien en quoi ces situations ne sont pas toujours vécues comme un « problème » pour les individus concernés, contrairement à ce que laisse entendre les outils de connaissance du phénomène, qui mobilisent le paradigme épidémiologique et la notion de « risque » [Peretti-Watel, 2004]. Le non-recours aux soins apparaît en effet dans plusieurs entretiens comme le reflet de préférences ou de formes d'action inscrites dans un contexte social donné. Ce décalage s'explique par exemple par la référence à des normes telles que l'autonomie dans la prise en charge de la santé et à d'autres « bonnes raisons », du point de vue des personnes, de ne pas solliciter les professionnels de santé lorsqu'un besoin de soin se fait ressentir.

Ces rapides exemples cristallisent bien le résultat commun à nos deux travaux et que nous souhaitons soulever ici : **la construction d'outils ou de protocoles assis sur des bases de données accroît la possibilité de rendre visible le non-recours mais ne permet pas de prendre suffisamment en compte les différentes dimensions du phénomène, sa complexité et la part de sens qu'il revêt pour les personnes concernées.** Cela induit des conséquences sur la manière de percevoir le phénomène et donc, au-delà, de le traiter.

Il nous semble que la connaissance produite sur le non-recours à partir de systèmes d'informations ou de bases de données préexistantes ne permet pas d'envisager en quoi ce phénomène peut être l'expression d'une critique à l'égard de l'offre publique et de sa pertinence. Cette critique est pourtant contenue, comme le démontrent nos enquêtes de terrain, dans la complexité des explications apportées par les individus, ainsi que dans l'expression des significations qu'ils donnent au non-recours.

Pour finir, illustrons ce décalage avec l'ACS, pour laquelle des taux de non-recours varient entre 80 % et 90 %<sup>7</sup>. La mise en visibilité du non-recours a amené la Direction de la sécurité sociale (DSS) et l'ensemble des acteurs impliqués dans le pilotage et le dispositif à traiter le problème par des actions d'informations ou la mise en place d'aides locales pour limiter le reste à charge financier. Il s'agit dans ce cadre de maintenir l'offre, d'améliorer son effectivité et de diminuer les taux de non-recours. Pour l'instant, la pertinence de ce dispositif, entendue comme le rapport entre les moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour répondre à un problème et les besoins d'une population, est peu réinterrogée. La connaissance du non-recours par l'accumulation de l'ensemble des informations quantitatives, qualitatives et compréhensives, au-delà d'un traitement curatif déjà innovant pour les acteurs institutionnels, permettrait alors de mener des réformes législatives de l'offre en matière de

---

<sup>6</sup> Nous utilisons ici la typologie du non-recours produite par l'ODENORE. Pour davantage de précisions, nous renvoyons le lecteur vers le Working-paper de l'ODENORE n° 1.

<sup>7</sup> Ces taux sont ceux produits en Isère grâce à l'utilisation de l'outil présenté dans ce papier. Pour davantage d'informations sur les taux de non-recours à la CMU C et à l'ACS, nous renvoyons le lecteur au Working-paper de l'ODENORE n° 5.

complémentaire santé gratuite ou aidée en s'enracinant sur les situations concrètes et sur les besoins des bénéficiaires potentiels.

**Références :**

Borgetto M. « Les enjeux actuels de l'accès aux droits », *Informations sociales*, 2004, 120 : 6-19.

Le Blanc G. *L'invisibilité sociale*, Paris, 2008, Broché.

Martuccelli D. et F. de Singly. *Les sociologies de l'individu*, Paris, 2009, Armand Colin.

Peretti-Watel P. « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, 1 : 103-132.

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

Warin P. « La myopie des politiques publiques. L'exemple de la mesure de l'accès aux droits sociaux en Europe », dans A. SEDJARI, dir. *Administration, gouvernance et décision publique*, 2004, Paris, L'Harmattan : 347-470.

Warin P. « Pas de politique d'accès aux droits sociaux sans information sur les publics vulnérables. Un défi pour les administrations ». *Recherches et Prévisions*, 2007, n° 87 : 16-7.