

Entre politique de santé et politique sociale : le traitement public du non-recours aux soins

N. Martin-Papineau, Université de Poitiers, CECOJI

L'un des intérêts de la thématique abordée aujourd'hui réside dans sa dimension transversale, induite par le rapprochement entre la question du non-recours aux soins et celle de la précarité. Je suis heureuse de pouvoir y apporter une brève contribution, du point de vue de l'analyse des politiques sociales et des politiques de santé.

Cette contribution sera consacrée à une synthèse de l'évolution du traitement public de la question du non-recours aux soins envisagée sous l'angle de ses rapports avec la précarité. Elle sera organisée en deux temps :

- quelques développements d'abord pour interroger la signification du lien entre non-recours aux soins et précarité au regard de l'état du système de protection sociale, au regard plus précisément du système de santé. Pour le dire autrement, c'est la question du **poids des variables institutionnelles dans la construction du lien entre non-recours aux soins et précarité** que je présenterai d'abord, replacée dans une perspective historique.

- dans un second temps, j'aborderai ce lien sous l'angle des modalités plus générales de son traitement politique, un traitement politique qui est par bien des aspects révélateurs des évolutions contemporaines de l'action publique, des évolutions qui concernent l'ensemble des politiques publiques, pas seulement les politiques de santé.

Les développements seront dominés par une idée qui représente une sorte de fil d'Ariane : la permanence de l'imbrication entre dimensions sanitaires et dimensions sociales du traitement public du non-recours aux soins, autrement dit la dualité de l'intervention publique.

1-- La question du lien entre précarité et non-recours aux soins ne peut être évidemment pas être pensée indépendamment de l'état du système de santé et de l'état des droits accordés en matière de protection de la santé.

A cet égard, il va de soi que la question ne se pose pas dans les mêmes termes à l'heure de la couverture maladie universelle qu'au moment de la mise en place du système assurantiel qui ouvre des droits à la couverture du risque santé. Aujourd'hui, le problème du non-recours aux soins renvoie à la question de l'accès effectif aux droits, alors qu'il a été pendant très longtemps relié à la problématique de l'existence même de droits, soit de droits en matière de couverture d'un risque, soit de droits à la prise en charge publique, pour les plus pauvres, des frais afférents aux soins. La signification du non-recours aux soins est donc largement contingente, déterminée par l'état du système de protection sociale et ses évolutions.

Si l'on considère donc ces évolutions, on peut d'abord remarquer qu'historiquement l'intervention publique pour lutter contre le non-recours aux soins lié à la précarité est largement caractérisée par ses dimensions inséparablement sanitaires et sociales : les préoccupations sociales de protection des plus pauvres, des plus précaires, ont toujours accompagné les progrès en opérés en matière de droit à la couverture du risque santé. Ainsi, le souci de réduire la précarité est en effet toujours présent dans l'intervention publique, soit qu'il concerne la situation des futurs bénéficiaires de droits en construction, soit qu'il concerne la protection de la population exclue des droits accordés à d'autres (d'autres qui deviennent d'ailleurs de plus en plus nombreux au fur et à mesure des progrès dans la couverture du risque santé, au fur et à mesure des progrès de la généralisation de la sécurité sociale).

Mais précisément, parce qu'elle est pour partie déterminée par l'état de la législation et du système de santé, la question du non-recours aux soins est aussi toujours, pour partie, le résultat d'une construction normative qui s'inscrit dans le *temps long*. Sa signification actuelle est en effet le résultat d'un processus marqué à la fois par les caractéristiques fondatrices, anciennes, de notre système de protection sociale (certains parlent là de « l'empreinte des origines ») et en même temps par les aménagements récents du traitement public de l'accès aux soins. Dire cela, c'est renvoyer à certains traits constitutifs de notre système de protection sociale - et plus précisément à ses composantes à la fois assurantielles et assistancielles

Dans une perspective historique d'abord, on remarquera que la question de l'accès aux soins pour les plus pauvres (on ne parle pas de « précarité » alors) sera au cœur de la construction de l'Etat social, au cœur de la construction des premières politiques sociales, en lien avec l'affirmation de l'Etat républicain. Cette étape s'inscrit très clairement dans l'approche assistancielle de l'accès aux soins des plus pauvres, alors même que se dessinera quelques années plus tard l'esquisse d'un mouvement en faveur des techniques assurantielles, mais qui n'intègre que très imparfaitement en charge la couverture du risque santé pour les plus pauvres et qui, faute d'acculturation aux mécanismes de l'assurance, laissera de nombreuses personnes en dehors du système.

Ainsi, dès les premières étapes de la construction d'un traitement public des questions de santé, le problème des difficultés de l'accès aux soins est relié à la prise en charge de la pauvreté. On

le constate avec les grandes lois assistancielles de la 3^{ème} République, et notamment la loi du 15 juillet 1893 qui érige le principe de l'aide médicale gratuite au rang d'obligation pour la société et qui confère à tous les « indigents » le droit d'obtenir les prestations médicales dans les conditions prévues par la loi. Cette loi d'ailleurs régira la question de l'accès aux soins des plus démunis pendant près d'un siècle.

Ensuite (et l'on mesure la rapidité de la démonstration...), le traitement public de la question de l'accès aux soins sera directement affecté par le poids respectif des dimensions inséparablement assistancielles et assurantielles du système de protection sociale posé en 1945-46. Et la prise en charge publique des difficultés d'accès aux soins sera intégrée d'abord dans le développement contemporain des politiques d'aide sociale, c'est-à-dire des politiques héritières des anciennes politiques d'assistance publique, alors même que la généralisation progressive - prévue par le plan de sécurité sociale - aurait dû les faire disparaître au profit des mécanismes assurantiels. Et c'est ainsi que la réforme de l'aide sociale qui interviendra en 1953, confirmera ce lien entre santé et social, en renforçant le dispositif de prise en charge par les pouvoirs publics des frais liés à la santé des plus pauvres, en même temps qu'elle « actera », en quelque sorte, les difficultés de la généralisation de la protection assurantielle en matière de santé.

Le dispositif destiné aux personnes en difficulté sera ensuite aménagé au fur et à mesure de l'évolution de la législation assurantielle et, surtout, au fur et à mesure du constat de ses incomplétudes. Sont alors mises en place, notamment dans les années 1970, toute une série de prestations accessibles sous conditions de ressources et donc destinées aux plus précaires : par exemple la prise en charge des frais liés aux IVG par l'aide médicale ; par exemple encore, au moment du vote de la loi sur l'assurance personnelle en 1978, l'affiliation automatique des personnes bénéficiant de l'aide médicale, l'aide médicale prenant intégralement en charge les cotisations afférentes à cette assurance personnelle. Dans la même perspective, elle prendra en charge le ticket modérateur à partir de 1983. Bref, autant de dispositifs qui, au nom de la lutte contre la précarité en matière d'accès aux soins, nourrissent le volet d'inspiration assistanciel de notre système de protection sociale. Mais ce qui change à cette époque, c'est que ces dispositifs assistanciels sont désormais parfois intégrés au sein même de la sécurité sociale : ils consacrent l'existence d'un système mixte de sécurité sociale en France (système mixte parce que l'on « importe » alors des mécanismes d'inspiration assistancielle au sein même de l'édifice assurantiel).

J'évoquerai ici un dernier exemple : la réforme de l'aide médicale intervenue en 1992 qui renforcera encore la prise en compte des dimensions sociales de la santé - et donc le lien entre difficultés d'accès aux soins et précarité - de deux manières : d'abord par un assouplissement des conditions d'accès à l'aide médicale ; ensuite en rendant admissibles de plein droit à l'aide médicale certaines catégories de personnes, en l'occurrence les bénéficiaires du RMI et de l'allocation de veuvage. Le lien entre santé et social passe alors essentiellement par les minima sociaux. Il ne sera plus remis en cause.

Le fait que l'on dispose, à la veille de la création de la CMU, d'un panel assez substantiel d'aide à l'accès aux soins pour les plus pauvres, n'a pourtant pas empêché que certaines catégories de

populations précaires restent toujours exclues de l'accès aux soins : de nombreuses études ont alors montré qu'en raison de leur très faible insertion sociale, faute d'informations sur leurs droits, des « populations interstitielles » restaient à l'écart des dispositifs publics censés pourtant leur garantir l'accès aux soins : le non-recours aux soins persistait en dépit des progrès réalisés. D'où la création de la CMU en 1999 qui achève, presque cinquante ans plus tard, le processus de généralisation initié par le plan de 1945-46. Cette loi témoigne de ce que les politiques en faveur de l'accès aux soins de tous ont nourri et développé les dimensions béveridgiennes d'un système de protection sociale pensé en 1945-46 sur des bases principalement (pas exclusivement) bismarckiennes ; ce faisant, elles font financer par la solidarité nationale - donc l'impôt et non pas par les cotisations - le système de garantie d'accès aux soins des populations précaires. Elles contribuent aussi à l'évolution de notre système de sécurité sociale vers un système mixte, dans lequel coexistent d'une part un objectif de préservation des revenus en cas de réalisation des risques via la technique assurantielle et d'autre part un objectif de lutte contre la pauvreté par le recours aux prestations d'assistance basées sur la solidarité nationale et financées par l'impôt.

La généralisation de la couverture maladie inscrite dans les textes avec la CMU ne suffira pas non plus à garantir l'effectivité de l'accès aux soins pour tous. Au fur et à mesure de l'élargissement des droits et de la consolidation du système de protection sociale, on constatait toujours qu'un nombre non négligeable de personnes passaient en quelque sorte à travers les « mailles du filet » juridique tissé autour de la question de la couverture accordée sur la base de l'assurance maladie et des techniques de prestations assistancielles.

2-- D'où le déploiement en parallèle d'autres instruments pour l'accès aux soins des plus précaires, toujours inspirés par la prise en compte des dimensions sociales de l'accès aux soins, mais qui agissent autrement : soit par le développement d'actions transversales (sinon de politiques globales) qui vont au-delà du seul « couple » santé/social strictement entendu, soit par la mise en place d'une *ingénierie institutionnelle* censée réaliser une meilleure intégration, dans l'action publique, des multiples facteurs qui conditionnent la réalité de l'accès aux soins : j'aborde là les dimensions du traitement public de la précarité **en termes d'évolution de l'action publique**, au-delà des seules variables liés au système de protection sociale. On illustrera le développement des politiques transversales au service de l'accès aux soins des plus précaires par trois exemples.

Dans un premier temps, on peut examiner la construction du lien entre politique d'accès aux soins et politique d'insertion à partir de *l'expérience du RMI*. Il est en effet très rapidement apparu que les problèmes de santé pouvaient représenter de véritables obstacles à l'insertion, d'autant que les populations concernées par le RMI n'avaient pas toujours recours aux soins, malgré les droits qui leur étaient été attribués au titre de l'aide médicale.

D'où, dès 1989, l'insistance mise par les instances ministérielles, notamment par voie de circulaire, sur la nécessité de considérer la santé comme un élément d'insertion, à côté de l'emploi, de la formation ou de l'habitat par exemple, et de demander le développement « d'une politique départementale de la santé en faveur des plus démunis » au sein du plan départemental d'insertion. La démarche est réitérée quelques années plus tard (circulaire DIRMI 27/03/1993),

quand on rappelle que « l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires du RMI et des membres de leur famille est une composante importante de l'insertion et un impératif de santé publique ». De fait, les départements ont alors développé, en lien avec leur compétence en matière sociale, des actions qui comportaient souvent de l'accompagnement vers les soins, à côté d'actions d'éducation et de prévention, de renforcement des dispositifs de prise en charge (santé mentale, toxicomanie), le financement d'accompagnateurs santé etc.

La question de l'accès aux soins des plus précaires a également été prise en compte dans le cadre de la politique de la ville et la santé apparaît dans les tous premiers contrats de ville (les actions étant soutenues par le Plan Santé Ville alors mis en place par le gouvernement), qui voient dans la santé un facteur essentiel de cohésion sociale des quartiers les plus défavorisés. Des réseaux de santé de proximité par exemple sont alors souvent mis en place, dans le but d'associer les différents partenaires de santé (élus, hôpital, services du département, CCAS, organismes de sécurité sociale, associations...) sur le territoire, au profit d'actions d'accueil, information, d'accompagnement des plus précaires vers les soins. Ces réseaux complètent, prolongent, le plan départemental pour l'accès aux soins des plus démunis.

La loi relative à la politique de lutte contre les exclusions de 1998 confirmera ce mouvement de deux façons. D'abord en instaurant les Permanences d'Accès aux Soins de Santé. La création de ces PASS confirme d'une part la mission sociale du service public hospitalier et elle illustre d'autre part la porosité entre secteur social et secteur sanitaire s'agissant de l'accès aux soins puisqu'elle développe encore la mise en réseaux des différentes catégories de professionnels concernés par l'accès aux soins des plus démunis.

La loi de lutte contre les exclusions instaure également les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins PRAPS. Le PRAPS est sans doute l'un des instruments qui s'inscrit le plus clairement dans une approche transversale de l'action publique en faveur de l'accès aux soins. Parmi les objectifs des PRAPS, la définition d'actions destinées à « lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes », ce qui implique le développement d'actions d'accompagnement des plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins, mais également vers la prévention et l'éducation à la santé. La réalisation de ces actions passe par une action publique inséparablement sanitaire et sociale : il s'agit alors d'une part, de déssegmenter le secteur sanitaire, notamment en atténuant les frontières entre soin et prévention, entre social et sanitaire, et de mobiliser les différents acteurs du secteur médico-social au profit des populations précaires ; il s'agit également de coordonner les actions au niveau régional (conformément à la régionalisation des politiques de santé), de tenir compte des spécificités locales, c'est-à-dire de l'état des partenariats existants entre professionnels, institutions et associations, tout en favorisant des actions de proximités, avec un accent porté prioritairement sur les territoires les plus précarisés, là précisément où se situent le plus grand nombre de personnes éloignées du système de santé.

Parmi les actions transversales menées dans le cadre des PRAPS, on notera la mise en place de coopérations avec les Ateliers Santé-Ville, ASV qui interviennent dans le volet « santé » des contrats de ville, mais dont l'action s'inscrit aussi dans le cadre des priorités régionales des

PRAPS et plus largement dans celui de la loi de lutte contre les exclusions, dont ils contribuent à enrichir l'application locale. Avec les ASV, qui ont donc pour mission la mise en œuvre des PRAPS au niveau de la commune, de la ville, on a sans doute l'un des exemples les plus significatifs de l'articulation entre politique de santé, politique de lutte contre les exclusions et politique de la ville et donc de l'approche transversale des politiques d'accès aux soins et plus largement de lutte contre les inégalités de santé.

Et puis évidemment, dernier instrument de mise en œuvre de cette action transversale dans le cadre des PRAPS (confirmés par loi HPST) : les *contrats locaux de santé* issus de la loi HPST. Cet outil donne un rôle important aux élus locaux, qui sont les véritables « animateurs » de ces CLS, et qui, à ce titre, peuvent conclure des contrats avec les ARS, dans la perspective de la prise en charge la plus fine possible des problèmes de non-recours aux soins et à la prévention. Les CLS ont notamment vocation à mieux articuler les démarches locales de santé au projet régional de santé et à mettre en place une véritable dynamique locale de santé, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins spécifiques, préalablement identifiés par un diagnostic local. On peut dire aussi que les élus locaux compte parmi les acteurs les mieux placés pour concrétiser la transversalité des actions de santé sur leur territoire. Et, de fait, la plupart des CLS comportent des actions d'amélioration de l'accès aux droits, de l'accès aux soins et à la prévention.

La question de l'accès aux soins et celle du traitement public du non-recours aux soins rejoignent enfin très largement une autre donnée de l'évolution contemporaine de l'intervention publique, propre cette fois-ci à la politique de santé publique : la question de *la régionalisation de l'action publique*, la régionalisation de la santé étant ici entendue dans le sens de la déconcentration de l'action en santé publique au niveau régional, bien plus que dans le sens de la décentralisation.

Plus précisément, la régionalisation de la politique de santé publique concerne l'intervention en matière d'accès aux soins des précaires de deux manières principales : d'abord parce que la régionalisation - en ce qu'elle rapproche l'intervention publique des populations cibles - permet une meilleure connaissance des populations précaires et qu'elle autorise, en conséquence, une adaptation plus performante de l'intervention publique aux besoins des personnes concernées. Ensuite, parce que la régionalisation de la santé s'inscrit très explicitement dans la perspective d'un accompagnement institutionnel des politiques transversales que l'on vient évoquer.

Pour ne pas alourdir la présentation, deux exemples seulement de cette orientation qui marqué plusieurs réformes récentes : un exemple ponctuel d'abord, celui des groupements régionaux de santé publique en 2004, dont la création avait déjà explicitement pour but le décloisonnement de l'action de différents acteurs impliqués dans les questions d'accès aux soins, de prévention et d'éducation à la santé : services déconcentrés, ARH, URCAM, collectivités territoriales, représentants des professions de santé... mais dont les actions n'ont pas été à la hauteur de ce qui était attendu ; et, deuxième exemple, évidemment, la création des ARS par la loi HPST : la création des ARS a été entre autres justifiée par la nécessité du décloisonnement entre les actions de santé publique, l'offre de soin, et l'organisation médico-social dont le pilotage sera désormais intégrée dans une structure unique. L'exigence de coordination concerne aussi le traitement public destiné à lutter contre le non-recours aux soins des plus précaires, notamment via les PRAPS. Parmi les missions de l'ARS, c'est dans le cadre de l'élaboration du PRAPS confirmé

par la loi HPST et via les contrats locaux de santé notamment que se développent les actions les plus ciblées sur les populations précaires en matière d'accès aux droits, en matière d'ouverture des droits, en matière de prévention également, sans que l'on ait pour autant encore définitivement réussi l'objectif de *l'accès de tous*, et notamment de tous les précaires, à des soins qui devraient par ailleurs être *les mêmes pour tous*. Autre problème, et pas des moindres...

MERCI de votre attention.